



Curso de Mestrado em Enfermagem

*Saúde Materna e Obstetrícia*

**MÚSICA NO CONFORTO E DOR NO 1º ESTÁDIO DO  
TRABALHO DE PARTO  
UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO**

**Patrícia Maria Roquete de Sousa Vicente**

**Lisboa**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

*Saúde Materna e Obstetrícia*

***MÚSICA NO CONFORTO E DOR NO 1º ESTÁDIO DO  
TRABALHO DE PARTO***

***UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO***

**Patrícia Maria Roquete de Sousa Vicente**

**Prof. MariaTeresa Félix**

**Lisboa**

**2015**

*"Para mudar o mundo é preciso mudar primeiro a forma de nascer."*

*Michel Odent*

*"A música oferece às paixões o meio de obter prazer delas."*

*Friedrich Nietzsche*

## **Agradecimentos**

A todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho, em especial para a Prof. M<sup>a</sup> Teresa Félix, Enf<sup>a</sup> Ana Gonçalves, família e amigos, o meu mais sincero obrigado pelo apoio e compreensão.

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS:

- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists
- APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
- APPT - Ameaça de Parto Pré Termo
- BP - Bloco de Partos
- CCQ - Comfort Childbirth Questionnaire
- CMESMO - Curso Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia
- CTG - Cardiotocografia
- EC - Ensino Clínico
- EC - Ensino Clínico
- EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
- EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
- FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de Espana
- HTA - Hipertensão Arterial
- IASP - International Association for the Study of Pain
- ICM - International Confederation of Midwives
- IG - idade gestacional
- IMG - Interrupção Médica da Gravidez
- IPN – Iniciativa Parto Normal
- IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez
- JBI - Joanna Brigs Institute
- MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- RN – Recém-nascido
- RSL - Revisão Sistemática da Literatura
- SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
- TP - Trabalho de Parto
- UC – Unidade Curricular
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- WFMT – World Federation of Music Therapy

## RESUMO

O relatório de estágio do CMESMO tem como principal finalidade apresentar as competências desenvolvidas na prestação de cuidados à mulher/RN/família em contexto de BP e contribuir para o conforto da mulher que manifesta dor no 1º estágio do TP, com os objetivos específicos, Implementar a música no trabalhar com a dor durante o 1º estágio do TP e refletir sobre a sua eficácia.

O tema é a música no conforto/dor no 1º estágio do TP que se integra na competência específica: Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher/conviventes significativos.

O alívio da dor é importante no TP e gerir a mesma determina a percepção da mulher sobre o parto. Métodos farmacológicos e não farmacológicos encontram-se atualmente disponíveis e, os segundos envolvem menos riscos (OMS, 1996). A MCEESMO e OE (2013) desenvolveram o Projeto Maternidade com Qualidade, sendo a temática deste trabalho um dos indicadores que integram o mesmo.

A temática foi contextualizada na filosofia de cuidados da Teoria do Conforto de Kolcaba, contribuindo para uma boa percepção física/ambiental/psicoespiritual e social do conforto por parte da mulher/convivente significativo. O conforto baseado nas suas dimensões influencia a forma como a parturiente vive o TP.

Foi realizada uma Revisão da Literatura com recurso a obras de referência e a bases de dados (norteada pela metodologia da RSL).

Este relatório possibilitou a análise pormenorizada das competências desenvolvidas no estágio, procurando especificamente integrar o uso da música no alívio da dor/conforto da mulher no 1º estágio do TP. A interação com as parturientes/conviventes significativos possibilitou o reajuste dos cuidados e constatou-se ser um método bem aceite pelas mulheres, mesmo nas que tiveram uma percepção negativa do TP, consideram-no promotor de conforto. Não contribuiu para o alívio da dor, mas foi unânime o conforto que a música proporcionou.

Palavras-chave: música; conforto; dor; 1º estágio do TP; cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

The main purpose of the internship report of the CMESMO is to present the developed skills in the care of women/NB/family in a delivery room context, and to contribute to the comfort of the woman who manifests pain during the first stage of labour. The more specific purposes are To implement music when working with pain during the first stage of labour and to reflect about its effectiveness.

The subject is music for the comfort/pain during the first stage of labour that is integrated in the specific skill: to elaborate, plan, implement and evaluate the interventions that promote comfort and the well-being of the woman/accompanying people.

Pain relief is important for labour, and its management determines the woman's perception of labour. Pharmacologic and non-pharmacologic methods are currently available, with the latter involving less risks (OMS, 1996). MCEESMO and OE (2013) have developed a Maternity with Quality Project, with the subject matter of this work as one of the indicators that integrate it.

The contextualization of the subject matter was based on the philosophy of care from the Kolcaba Theory of Comfort, which contributes to a good physical/environmental/psychospiritual and social perception of comfort for the woman/accompanying people. Comfort based on its dimensions influences how the parturient experiences the labour.

A Literature review was performed by resorting to reference works and databases (guided by the SLR methodology).

This report has allowed for a detailed analysis of the skills developed during the internship, by specifically seeking to explore the use of music in the pain relief/comfort of the woman in the first stage of labour. The interaction with the parturients/accompanying people has allowed for the readjustment of care. It was also determined that it is a method well-accepted by women, and even the women who had a negative perception of labour considered it a promoter of comfort. It did not contribute to pain relief, but the comfort provided by the music was unanimous.

Keywords: music; comfort; pain; first stage of labour; nursing care.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. PLANO DE TRABALHO .....	16
1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura .....	17
1.2. Metodologia para o Desenvolvimento de Competências.....	20
1.2.1. Implementação da música no 1º estágio do TP.....	22
1.3. Considerações éticas.....	24
2. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM.....	26
2.1. Da Revisão da Literatura.....	26
2.1.1. Dor, Música, Conforto e Cuidado de enfermagem no 1º estágio do TP.....	26
2.2. Da Prática dos Cuidados de Enfermagem Implementados.....	35
2.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	36
2.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.....	43
2.2.2.1. Música no Conforto e dor da parturiente no 1º estágio do TP.....	57
2.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	66
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES.....	70
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	
Anexo 1. QARI critical appraisal tools	
Anexo 2. MASTARI critical appraisal tools	
Anexo 3. QUARI data extraction tools	
Anexo 4. MASTARI data extraction tools	
Anexo 5. CCQ (Childbirth Comfort Questionnaire)	
Anexo 6. CCQ Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa	
Anexo 7. Grelha Bidimensional da Teoria de Conforto de Kolcaba	

## APÊNDICES

- Apêndice 1. Instrumento apreciação JBI - ARTIGO Nº 1: *Efeito da Música no trabalho de parto e no recém-nascido*
- Apêndice 2. Instrumento apreciação JBI - ARTIGO Nº 2 *A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto*
- Apêndice 3. Instrumento apreciação JBI - ARTIGO Nº 3 *Using Music During Childbirth*
- Apêndice 4. Instrumento apreciação JBI - ARTIGO Nº 4: *Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers*
- Apêndice 5. Instrumento apreciação JBI - ARTIGO Nº 5: *Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor*
- Apêndice 6. Quadro de Extração de Dados Qualitativos
- Apêndice 7. Quadro de Extração de Dados Quantitativos
- Apêndice 8. Análise - ARTIGO Nº 1: *Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido*
- Apêndice 9. Análise - ARTIGO Nº 2: *A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto*
- Apêndice 10. Análise - ARTIGO Nº 3: *Using Music During Childbirth*
- Apêndice 11. Análise - ARTIGO Nº 4: *Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers*
- Apêndice 12. Análise - ARTIGO Nº 5: *Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor*
- Apêndice 13. Descrição dos Resultados Esperados/Tarefas/Atividades perspetivadas ao longo do Estágio com Relatório
- Apêndice 14. Folheto “Promover o conforto da mulher que manifesta dor durante o trabalho de parto através da música”
- Apêndice 15. Instrumento de Registo
- Apêndice 16. Sessão Formativa “Música no Conforto e Dor no 1º estágio do Trabalho de Parto”

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Definição da questão de pesquisa pela metodologia PICo .....	17
Quadro 2. Descritores utilizados nas bases de dados .....	17
Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos .....	18
Quadro 4. Metodologia de seleção de artigos .....	19

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da realização do 5º CMESMO, integrado na UC Estágio com Relatório.

O Estágio com Relatório decorreu no período compreendido entre o dia 3 de março e 10 de julho de 2015, num Hospital, com Maternidade, do distrito de Lisboa que participa no Projeto Maternidade com Qualidade, desenvolvido pela MCEESMO-OE (2013).

A UC Estágio com Relatório tem como principal finalidade o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do TP, puerpério e período neonatal. Pretendo assim refletir sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, definidas pela OE (2011), mais concretamente as que estão de acordo com o exercício profissional do EESMOG em contexto de sala de partos e que foram foco do meu desenvolvimento:

*H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*

*H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.*

*H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.*

Englobado nas competências que pretendi desenvolver ao longo deste estágio, surge a temática *Medidas não farmacológicas para o alívio da dor*, indicador de qualidade que integra o Projeto Maternidade com Qualidade. Como tema do meu projeto surgiu *O uso da música no conforto e dor no 1º estágio do trabalho de parto*, integrado na competência acima descrita H3., sendo o foco da minha atenção ao longo do estágio o critério de avaliação H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

Recorrendo também às Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira enunciadas pela ICM (2011), a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e promoção do conforto é contemplada enquanto procedimento básico executável pela enfermeira parteira (de acordo com o anexo I Decreto-Lei nº 333/87, de 1 de outubro, em Portugal o termo “parteira” é equiparado ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Neste seguimento pretendo desenvolver ao longo deste estágio as Competências 1, 4, 5, 6 descritas pela ICM (2011), prestando especial atenção à Competência 4: *As parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos*; competência que envolve conhecimentos acerca das medidas de conforto na primeira e segunda fase do TP, nomeadamente aplicar e disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Após contacto com o estado da arte, é notória a importância dos métodos não farmacológicos durante o TP, uma vez que a dor é sentida por quase todas as mulheres durante esse período, sendo as respostas/perceção à mesma muito diferentes de mulher para mulher (OMS, 1996). O alívio da dor é de grande importância durante o TP, e o conseguir gerir a mesma é o que pode determinar a perceção da mulher sobre o parto. Sabe-se que, tanto métodos farmacológicos como não farmacológicos encontram-se atualmente disponíveis e, sabemos que os não farmacológicos envolvem menos riscos quando utilizados neste processo. A sua utilização para o alívio da dor tem como finalidade melhorar as sensações físicas da mulher e prevenir a perceção psicoemocional da dor. Existe também uma preocupação com a excessiva intervenção no TP e no nascimento e, verifica-se um aumento dos partos medicalizados na maioria dos países (OE, APEO, 2012).

A Filosofia de cuidados que sustentou a minha intervenção ao longo do estágio baseou-se no Modelo Conceptual de Kolcaba, que assenta em necessidades que emergem de situações ou estímulos, causando tensões negativas no indivíduo. As necessidades de conforto devem ser identificadas e, as intervenções de Enfermagem têm como objetivo deslocar as tensões para o

sentido positivo, através de estratégias. Os enfermeiros devem avaliar se o conforto foi alcançado, contribuindo assim para uma boa percepção física, ambiental, psicoespiritual e social do conforto por parte do indivíduo (Kolcaba, 1994, 2003).

Desta forma, pretendo contribuir para o desenvolvimento do Projeto Maternidade com Qualidade, contributo este, focado no conforto e no trabalhar com a dor da mulher durante o 1º estágio do TP, com o intuito de capacitar as mulheres a suportar a dor e obter conforto, através do uso da música.

Assim, como objetivo geral deste trabalho destaca-se: Contribuir para o conforto da mulher que manifesta dor durante o 1º estágio do TP, surgindo como objetivos específicos, *Implementar a música no trabalhar com a dor durante o 1º estágio do TP e refletir sobre a eficácia da mesma no 1º estágio do TP.*

Para isso propus-me:

- ✓ Compreender os padrões comportamentais da parturiente de resposta à dor e as suas expectativas;
- ✓ Informar as mulheres/casais sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, seus benefícios e potenciais riscos, particularmente o uso da música;
- ✓ Informar e orientar as mulheres/casais sobre a capacidade fisiológica de produção de endorfinas no parto fisiológico, em condições de intimidade, para a otimização da dor, conforto e bem-estar;
- ✓ Incentivar a mulher/casal a eleger um ou vários métodos, consoante as suas preferências;

Apesar da existência de um projeto e sua implementação ao longo do estágio com relatório, a elaboração deste relatório ambiciona ainda:

- ✓ Descrever e apresentar a reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso da UC Estágio com Relatório;
- ✓ Analisar o contributo da música para o conforto/alívio da dor das mulheres no 1º estágio do TP;
- ✓ Refletir sobre os resultados de conforto obtidos com a implementação da música durante o 1º estágio do TP e a sua pertinência para a prática de cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica.

O relatório será constituído por três capítulos que constituem o corpo do trabalho, nomeadamente: o plano de trabalho que engloba a metodologia realizada para a revisão da literatura, a metodologia para o desenvolvimento de competências e as considerações éticas; os resultados de aprendizagem, da revisão da literatura e da prática dos cuidados de enfermagem implementados, descritos e analisados por competência. Finalizo o relatório com considerações finais e limitações sentidas ao longo do Estágio com Relatório e, onde surgem as implicações e perspectivas para o futuro, para o desenvolvimento da prática de enfermagem e para a investigação.

## 1. PLANO DE TRABALHO

Uma boa experiência de parto implica saber gerir os desconfortos e a dor que podem estar presentes na evolução do 1º estágio do TP e, aliviar ou até mesmo eliminar as dores desnecessárias. É importante que se retorne à “humanização dos cuidados” dando atenção à mulher/família, devolvendo-lhe o papel principal, em detrimento da tecnologia/medicalização, do parto e dos cuidados.

Os métodos não farmacológicos ainda são pouco utilizados em Portugal, para o alívio da dor durante o TP, pelo que a MCEESMO e OE (2013), iniciou o *Projeto Maternidade com Qualidade*. Um dos indicadores de evidência do programa é *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP e parto*.

No geral, proporciona-se mais informação às mulheres grávidas sobre os métodos farmacológicos para o alívio da dor em detrimento dos métodos não farmacológicos (OMS, 1996). Há evidência que se continuam a praticar, de forma rotineira, intervenções prejudiciais, ineficazes e inadequadas durante o TP. É urgente rever práticas e melhorar a qualidade da assistência prestada às mulheres grávidas e sua família (IPN, 2009), para que possam experienciar o parto da forma mais natural e confortável.

Com a implementação do meu projeto pretendo capacitar a mulher para gerir a sua dor, proporcionando-lhe um maior nível de conforto, pelo que toda a teoria desenvolvida por Kolcaba fundamenta os objetivos por mim delineados, bem como os cuidados especializados prestados ao longo do Estágio com Relatório.



### 1.1. Metodologia para a Revisão da Literatura

A metodologia adotada para aprofundar a temática foi a Revisão da Literatura com recurso a obras de referência (livros e periódicos) e bases de dados. A revisão da literatura em bases de dados foi norteada pela metodologia da RSL.

Surgiu assim a questão de pesquisa (PICO): Qual o contributo da música para o conforto/alívio da dor das mulheres no 1º estágio do TP?.

**Quadro 1.** Definição da questão de pesquisa pela metodologia PICO

<b>P (População)</b>	Parturientes no 1º estágio do TP
<b>I (Fenómeno de Interesse)</b>	Contributo da Música no conforto/alívio da dor
<b>Co (Contexto)</b>	Bloco de Partos

Na ambição de responder à questão, integrados na temática e decorrentes das palavras-chave, identifiquei os descritores da pesquisa indexados às bases de dados utilizadas.

A partir destes descritores iniciei o processo de pesquisa que se enuncia no Quadro 2. Foram utilizados os operadores booleanos no motor de busca EBSCOhost, com AND e OR para conjugar os termos de pesquisa encontrados.

**Quadro 2.** Descritores utilizados nas bases de dados

Plataformas/Bases de Dados		Descritores e Operadores Booleanos
EBSCOhost	CINHALplus	<i>music therapy</i> <b>AND</b> <i>labor OR labor pain OR cervix dilatation and effacement</i>
	MEDLINEplus	<i>music therapy</i> <b>AND</b> <i>Labor pain</i>
b-on		<i>trabalho de parto</i> <b>AND</b> <i>Música</i>

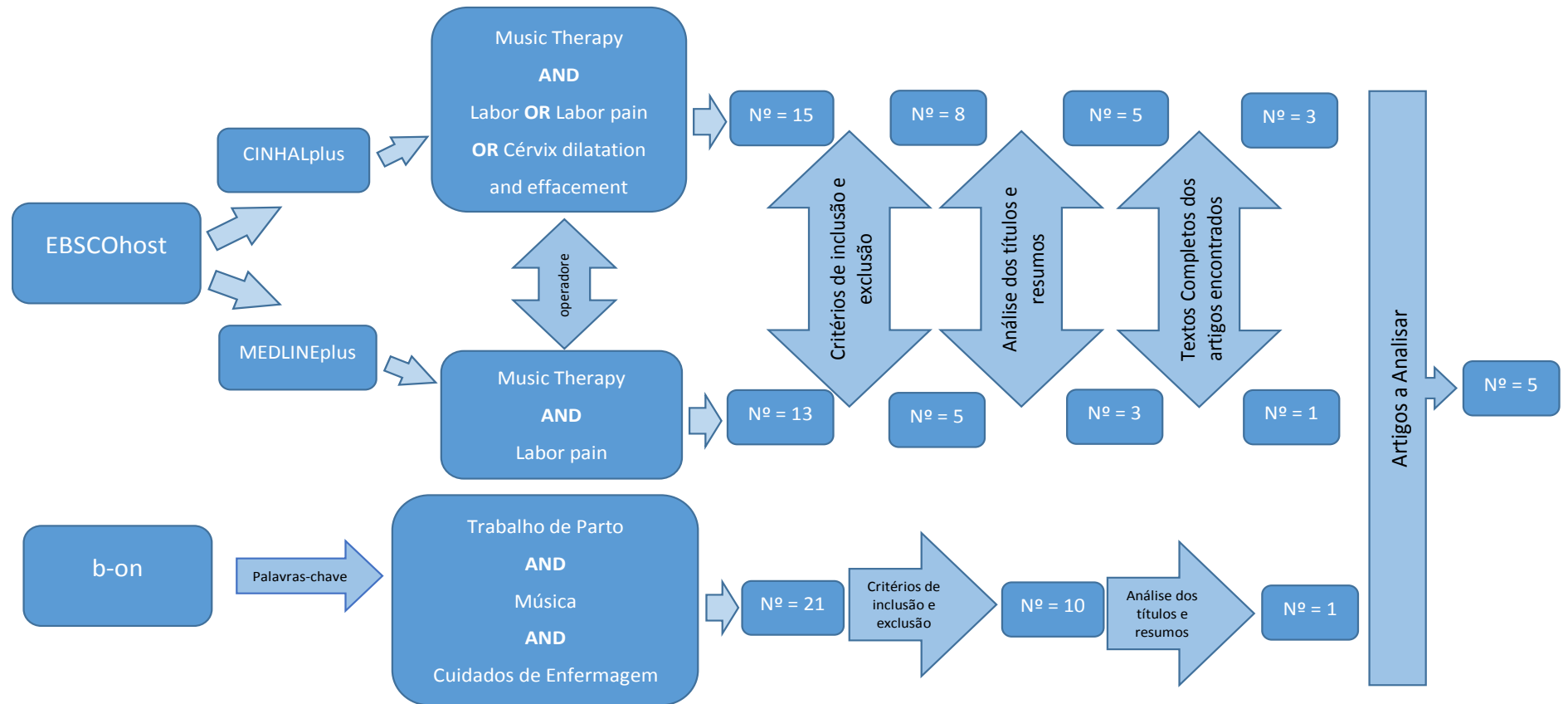
Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção dos estudos encontram-se definidos no Quadro 3.

**Quadro 3.** Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Desenho</b>	Estudos de abordagem qualitativa e quantitativa que estejam escritos em Português, Inglês ou Espanhol e que tenham sido publicados a partir do ano 2000.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica. Artigos escritos noutras línguas, que não o Português, Inglês ou Espanhol. Artigos publicados antes do ano 2000. Artigos repetidos nas bases de dados consultadas.
<b>População</b>	Parturientes	Mulheres não parturientes
<b>Fenómeno de interesse</b>	Estudos que descrevam a música na promoção do conforto/alívio da dor no TP	Estudos que não descrevam a música no TP.
<b>Contexto</b>	1º estágio do TP	Outro estágio que não o 1º no TP.

Da RSL descrita anteriormente surge o Quadro 4 com a metodologia de seleção dos artigos.

**Quadro 4. Metodologia de Seleção de Artigos**



Após a análise do texto integral, todos os artigos foram submetidos a uma avaliação crítica através dos instrumentos de apreciação da JBI (para estudos qualitativos, o *QARI critical appraisal tools* – anexo 1 – e para os estudos quantitativos, *MAStARI critical appraisal tools* – anexo 2), e foram utilizados por atingirem um score superior ou igual a 6 (apêndice 1, 2, 3, 4, 5).

Procedeu-se à obtenção dos dados de cada artigo, tendo, para isso, sido criados quadros de extração de dados para artigos qualitativos (apêndice 6) e quantitativos (apêndice 7), com base nos *Data extraction tools*, da JBI (*QARI data extraction tools* – anexo 3 – e *MAStARI data extraction tools* – anexo 4). Relativamente ao nível de evidência dos artigos selecionados, estes encontram-se no nível 3, uma vez que são estudos de qualidade em termos de evidência, eficácia e significado para a prática, respeitando os critérios da JBI.

A análise dos artigos selecionados encontra-se disponibilizada sob a forma de quadro nos apêndices 8, 9, 10, 11 e 12.

## **1.2. Metodologia para o desenvolvimento de Competências**

No Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011, p. 8649) vem descrito que o enfermeiro especialista possui “(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...)”. Ainda envolve dimensões de educação para a saúde, orientação, aconselhamento, liderança e responsabilidade de desenvolver processos de investigação que permitam avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Para Benner (2001, p.18) a enfermagem é “(...) praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais”. Ao longo do meu processo formativo do CMESMO, ainda em construção com a presente UC, o desenvolvimento das competências inerentes ao EESMOG faz parte de uma construção e interligação dos conhecimentos adquiridos em contexto teórico e prático. Ainda a mesma autora refere que uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” dos enfermeiros, mas esse mesmo conhecimento não se desenvolve se os enfermeiros não registarem sistematicamente o que aprendem da sua experiência. É esta falha de descrição do conhecimento prático que contribui

para a falta de reconhecimento e de retribuição face à prática de Enfermagem. Este relatório vai ao encontro do que a autora defende, refletir sobre a nossa prática e descrever o que é feito, pois só assim conseguiremos defender as nossas práticas e desenvolver competências.

O conceito alvo da minha intervenção basear-se-á na premissa definida no Regulamento das Competências Específicas do EESMOG (2011, p.8662), onde “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, a mulher é o alvo dos cuidados desta especialidade e entende-se como um ser único e individual compreendido no seu contexto político, económico e social. Também a ICM (2011) apoia a maternidade segura e estratégias de cuidados de saúde primários para as famílias de todo o mundo, assumindo um papel de liderança no desenvolvimento da definição de parteira e na delineação do âmbito da profissão de parteira. A ICM reconhece ainda a parteira como sendo “um profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar o apoio, cuidados e aconselhamento necessários durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto, para conduzir partos sob a responsabilidade da parteira e prestar cuidados ao recém-nascido e ao bebé” (ICM, 2011, p.2).

Na assunção do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, bem como numa perspetiva futura enquanto EESMO, assumo, tal como vem descrito no Regulamento das Competências Específicas do EESMOG (p. 8662) que o enfermeiro especialista nesta área “(...) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.”

Para que todo este processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências flua da forma o mais pedagógica possível haverá necessidade de um acompanhamento contínuo e aberto por parte de uma EESMO do local de estágio, bem como de uma EESMO docente da ESEL.

Assim, propus-me desenvolver as 7 competências preconizadas, sendo as competências específicas foco de maior atenção, dado o contexto específico de BP e, para as quais delinee atividades, as 2, 3 e 4:

- ✓ ***Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal***
- ✓ ***Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto***
- ✓ ***Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal***

Inserida na 2ª competência enunciada privilegiei a implementação da música durante o 1º estágio do TP.

#### 1.2.1. Implementação da música no 1º estágio do TP

Para alcançar os objetivos face a implementação da música no 1º estágio do TP ao longo do estágio, tive necessidade de definir os resultados esperados, bem como as tarefas e as atividades para os alcançar, descritos em quadro, apresentados no Apêndice 13.

A Revisão da Literatura permitiu-me mobilizar a evidência científica na prática, de forma a implementar a música nos cuidados à parturiente no 1º estágio do TP, perspetivando o conforto/alívio da dor e uma melhor perceção da experiência que envolve o TP por parte da mulher. Intervenção descrita e analisada na secção 2.2.2.1.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem adequada, perspetivei conhecer a mulher/convivente significativo e a existência ou não do seu plano de parto/expetativas, de modo a delinear os conjuntamente os cuidados de enfermagem a prestar.

Planeei criar uma playlist baseada na evidência científica, para poder implementar o método uso da música ao longo do estágio, uma vez que era um método não utilizado na instituição.

Considere relevante a elaboração de um folheto informativo sobre “promover o conforto da mulher que manifesta dor durante o TP através da música” (Apêndice 14), um instrumento de registo (Apêndice 15) onde inseri os parâmetros fisiológicos que poderiam ser alterados com a dor/desconforto, as

causas do desconforto e intervenções de enfermagem a implementar, a evolução do TP, o conhecimento acerca da música e qual a música escolhida pela mulher/convivente significativo.

O CCQ (Anexo 5) é um questionário composto por 14 itens, dos quais 7 são questões positivas e as restantes 7, questões negativas, distribuídas pelos vários estados de conforto e contextos do conforto de forma a avaliar todos os seus domínios. Foi realizada a Validação Transcultural e Linguística do CCQ para a população portuguesa (Anexo 6), pela Enfermeira Graça Nascimento em 2008, sendo este questionário aplicado na prestação de cuidados ao longo do Estágio com Relatório, de forma a adequar intervenções para alcançar o conforto/alívio da dor no 1º estágio do TP, sentidos pelas parturientes.

Planeei aplicar o CCQ Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa (Anexo 6) no início da minha prestação de cuidados e no término do 1º estágio do TP. No entanto posteriormente decidi não aplica-lo no término do 1º estágio do TP por considerar não ser apropriado, optando por um outro momento de interação durante a prestação de cuidados no puerpério imediato ou precoce, até à data da alta do serviço de Obstetrícia. Nas situações de impossibilidade deste contacto procedi ao contacto telefónico na 1ª semana após o parto, de modo a identificar a perceção das mulheres perante os cuidados de enfermagem prestados. Isto permitiu-me um reajuste permanente dos cuidados de enfermagem no 1º estágio do TP de forma a otimizar intervenções promotoras de conforto em situações futuras.

Procurei compreender as perceções das mulheres a quem implementaria o uso da música, sobre o TP e quais os efeitos da música ao longo do 1º estágio do TP, anotando estas mesmas perceções para futura mobilização na reflexão do presente relatório.

Para garantir uma continuidade de cuidados ao nível dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor e promotores de conforto durante o TP, perspetivei realizar uma sessão formativa acerca do uso da música no 1º estágio do TP (Apêndice 16), às enfermeiras da Consulta Externa da Instituição onde realizei o Estágio com Relatório, de forma a serem as mesmas o vetor de transmissão de informação às mulheres grávidas/família, para que passe a fazer parte do leque de opções dos seus planos de parto.

### 1.3. Considerações éticas

Os cuidados de enfermagem por mim prestados, no contexto do Estágio com Relatório foram baseados e norteados pelos princípios éticos subjacentes à ética do cuidar, que não são mais que verdades morais básicas e óbvias que conduzem a ação de um modo deliberado. São eles a autonomia, beneficência, não maleficência, veracidade, confidencialidade, justiça e fidelidade.

Ao desenvolver este trabalho, que implicou a recolha de informação junto das parturientes, intrincada na prestação de cuidados especializados, foi importante adotar medidas essenciais que protegessem e garantissem os seus direitos e liberdades, princípios determinados por códigos de ética que foram considerados no decorrer deste percurso.

Às parturientes a quem prestei cuidados, foi solicitada autorização oral para realização do CCQ e registo das suas perceções durante o TP, presencial se ainda em internamento ou via telefónica se após alta clínica, garantindo a confidencialidade das informações e do contacto telefónico disponibilizado.

A seleção das parturientes englobou os critérios: mulheres a quem foram prestados cuidados de enfermagem durante o 1º estágio do TP e que autorizaram verbalmente a participação no presente trabalho.

Os princípios éticos mais vinculados ao longo da minha prestação de cuidados foram a autonomia, a beneficência, a veracidade e a confidencialidade. Relativamente ao princípio autonomia, tive em conta a liberdade das parturientes para consentir ou não a sua participação no presente trabalho, uma vez que implica que a pessoa é livre de agir consoante as decisões tomadas. Neste sentido, as parturientes conjuntamente com os seus conviventes significativos foram informados, por mim, acerca do objetivo deste trabalho e esclarecidos sobre a finalidade do mesmo, solicitando o seu consentimento ou não para participar. Foi também solicitada, como já referi, autorização para serem contactadas telefonicamente, em caso da impossibilidade da continuidade de cuidados em internamento de puerpério, de forma a identificar a perceção das mesmas perante os cuidados de enfermagem prestados ao longo do 1º estágio do TP. Também o princípio da beneficência, esteve subjacente ao longo de toda a prestação de cuidados no Estágio com Relatório, sendo base sólida do presente trabalho, uma vez que requer que o enfermeiro atue de forma a



beneficiar os utentes, sendo o uso da música uma intervenção para a promoção do conforto da mulher grávida no 1ºestádio do TP. A veracidade também foi uma constante na minha prestação de cuidados, tendo em conta que é através deste princípio que se estabelece uma relação de confiança e tranquilidade, o conforto foi também proporcionado através de informações verdadeiras e contínuas sobre o bem-estar materno-fetal. Atendendo ao direito à confidencialidade, foi assegurado às parturientes o seu anonimato e a confidencialidade das informações disponibilizadas, não divulgando jamais informação privada (Burkhart; Nathaniel, 1998; Queirós, 2001).

## 2. RESULTADOS DE APRENDIZAGEM

### 2.1. Da Revisão da Literatura

A prática baseada na evidência surge para Craig e Smyth (2004) como uma forma coerente, segura e organizada de desenvolver práticas profissionais que à partida são as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados, otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa dos envolvidos nos processos terapêuticos e de tomada de decisão. Ainda os mesmos autores referem que a tomada de decisão clínica, deve ser fundamentada pela evidência científica atualizada, esta engloba vários fatores que conjugados levam aos resultados esperados, são eles: competência clínica (educação formal, conhecimento acumulado, experiência passada, experiência mais recente, nível de competência); crenças, atitudes, valores, tradição, rotina, fatores relacionados com o doente/cliente/família e fatores organizacionais.

Partindo da questão de pesquisa anteriormente definida e após a elaboração da Revisão da Literatura, pareceu-me pertinente organizar os resultados do estado da arte de forma conjunta e interligada, constituindo estes, o corpo de conhecimentos que fundamentou a prestação de cuidados ao longo do estágio, indo ao encontro de uma prática baseada na evidência.

#### 2.1.1. Dor, Música, Conforto e os Cuidados de Enfermagem no 1º Estádio do TP

A dor é caracterizada pela IASP (1994) como uma experiência sensitiva emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial de tecidos. É influenciada por fatores psicossociais e culturais, sendo de carácter individual. Tanto a dor como o desconforto sentidos no TP têm uma origem visceral e somática (Lowe, 2002).

O parto está associado a uma experiência intolerável e muito dolorosa fisicamente (OMS, 1996). Ele é revestido de uma forte componente cultural e social, envolvido por sensações e sentimentos múltiplos e muito variáveis de mulher para mulher. A maioria das grávidas sente dor ao longo do TP e o seu controlo e alívio contribui para aumentar o bem-estar físico e emocional e, deve ser prioritariamente considerado pelo EESMO. A dor experienciada neste

período é resultado de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, sendo a percepção da dor de cariz único e individual (IPN, 2009).

A dor é um fenómeno complexo que envolve componentes sensoriais, comportamentais, emocionais e culturais. O seu mecanismo fisiológico engloba dois sistemas, o nociceptivo e o antinociceptivo. No sistema nociceptivo ocorre um estímulo doloroso que ativa os nociceptores (terminações nervosas especializadas na resposta ao estímulo doloroso). Este estímulo é conduzido desde a periferia até ao cérebro, através de 3 neurónios. O 1º neurónio é constituído por fibras A-delta (mielinizadas, responsáveis pela condução rápida do impulso doloroso) e fibras C (não mielinizadas, responsáveis pela condução lenta do impulso) que partem da periferia até à substância gelatinosa dos cornos posteriores da medula espinal. O 2º neurónio transmite o estímulo dos cornos posteriores e segue até ao tálamo e o 3º neurónio, parte de vários estímulos talâmicos para diversas áreas corticais, estruturas límbicas do prosencéfalo e para o hipotálamo. O sistema nociceptivo é acompanhado pelo sistema antinociceptivo, que tenta cessar a sua atividade através dos neuromoduladores (mediadores endógenos), que pertencem à família dos peptídeos, encefalinas, endorfinas e dinorfinas, considerados analgésicos endógenos (Graça, 2010), que têm a função de impedir a transmissão do impulso da dor através do bloqueio da libertação dos neurotransmissores.

Como já foi referido anteriormente, a dor e o desconforto, vividos pelas mulheres grávidas têm origem visceral e somática, durante o TP. No 1º estágio do TP a dor é visceral, é neste estágio que as contrações uterinas provocam dilatação e apagamento do colo. A isquémia uterina resulta das contrações das artérias do miométrio durante as contrações uterinas. Os impulsos dolorosos são transmitidos por fibras sensoriais que caminham juntas com os nervos simpáticos (torácicos inferiores e lombares superiores) e contactam a medula espinal ao nível dos segmentos T11, T12 e L1, tendo estes nervos a sua origem no corpo uterino e no colo. A dor localiza-se sob a porção inferior do abdómen, irradiando para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e coxas (Lowdermilk, 2008; Graça, 2010).

Atualmente fala-se na importância em respeitar o processo fisiológico que engloba o TP. As mulheres estão cada vez mais informadas, dão mais valor ao

conforto durante esta fase das suas vidas, exigindo cuidados mais humanizados de forma a suportar a sua dor (Coutinho, 2004). Humanizar o parto implica, respeitar e criar as condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas, nomeadamente as dimensões espirituais, psicológicas e físicas (Castro e Clapis, 2005).

A dor é considerada por Schmid (2007) como um guia que alerta a mulher e o feto para possíveis perigos, permitindo uma reação correta e instintiva à mesma. Os níveis de endorfinas produzidos durante o TP e a profunda experiência induzida pela dor estimulam o sistema límbico do cérebro, fazendo com que a mulher se concentre em todos os seus instintos e sensações no nascimento.

Está provado que, quando o TP decorre na presença de bem-estar e conforto, a mulher tem a oportunidade de apreciar e interiorizar as suas sensações, podendo adquirir uma atitude ativa, que lhe será benéfica e influencia positivamente a evolução do TP (Schuiling, Sampsel, Kolcaba, 1999). O parto é um momento muito especial, cheio de sensibilidade e emoção, que marca uma mudança profunda na vida da mulher e da família. Pode ser vivenciado com autonomia, de forma saudável e segura, através de uma atitude acolhedora dos profissionais de saúde, principalmente em relação às medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP. De acordo com a OE (2013), existem medidas não farmacológicas para o alívio da dor que ajudam a ter um parto normal mais confortável e tranquilo, encorajando e permitindo à mulher e convivente significativo, uma postura ativa e viver uma experiência enriquecedora e marcante.

O manter a percepção da dor, em vez da sua total eliminação, dá a possibilidade e a capacidade à mulher de reagir a estímulos negativos. Tal facto permite uma autoconsciência do seu bem-estar e promove o conforto. Nesta linha de pensamento Schuiling (2003) acrescenta que as enfermeiras podem proporcionar conforto mesmo na presença de dor, e a dor não tem que ser eliminada para que as mulheres se sintam confortáveis.

Seguindo a mesma linha orientadora, encontramos na música um método não farmacológico para o alívio da dor e promoção do conforto, desta forma é importante dar a conhecer a sua origem, as suas características e o seu efeito.

O som é uma das experiências mais precoces do ser humano, estando presente desde a vida intrauterina. A música tem a capacidade de provocar e expressar os mais diversos estados de espírito (Costa, 1995). Para Silva (2006), a música produz alterações fisiológicas, tais como alterações da frequência respiratória, na reação galvânica da pele, na pressão arterial, no metabolismo corporal, na energia muscular, diminuindo a fadiga física e o stress, levando a um limiar dos estímulos sensoriais a níveis inferiores.

Em Portugal, o interesse pela musicoterapia surgiu por volta dos anos 70, inicialmente utilizada nos indivíduos com problemas mentais. Atualmente é utilizada com bases científicas para obter mudanças físicas, emocionais e de conduta (Rodrigues, Silva, Bento, Lourenço, Charepe, 2004).

A musicoterapia é considerada o campo da saúde que estuda o complexo, som-ser humano-som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação, no mesmo e na sociedade (Benenzon, 1988). A WFMT (2011) define musicoterapia como “o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos de saúde, educativos e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida. A investigação, a prática, a educação e a formação clínica em musicoterapia são baseadas em critérios profissionais estruturados conforme os contextos políticos, sociais e culturais.” É também definida pela Associação Canadana de Musicoterapia (1994) como um instrumento útil, baseado na música e seus elementos, com vista a promover, manter e restaurar a saúde mental, física, emocional e espiritual. É usada na relação terapêutica para facilitar o contacto, a interação, a aprendizagem, o autocontrolo, a autoexpressão, a comunicação e o desenvolvimento pessoal.

É importante estabelecer a diferença entre musicoterapia e o uso da música como forma de cuidado. Enquanto a musicoterapia é um processo estruturado de acordo com um determinado objetivo e desenvolvido por um musicoterapeuta, a música enquanto cuidado é utilizada como recurso complementar do cuidado humano com a finalidade de atingir o equilíbrio, bem-estar, alívio da dor e conforto (Leão, 2002). Para Bergold (2005), qualquer

profissional interessado em valorizar a subjetividade inerente ao afeto e a criatividade pode utilizar a música. Esta pode-se transformar num cuidado intuitivo, sensível e não invasivo.

Existem três princípios fundamentais para utilização de música segundo Wigram e Grocke (2007). O primeiro princípio refere que música com altas frequências induzem tensão no indivíduo, enquanto baixas frequências promovem relaxamento. O segundo princípio remete-nos para músicas com batidas rítmicas intensas ou pulsos fortes induzem potencialmente à energia, ao movimento e à atividade, enquanto músicas com ritmo neutro e lento induzem a calma ou suspensão do tempo. O terceiro e último princípio refere que músicas com amplitudes altas, ou volume alto provocam excitação e despertam atenção, enquanto músicas leves (calmas e de baixa amplitude) tendem a pacificar, acalmar e relaxar.

A música, entre outras intervenções, pode promover conforto e confiança às parturientes, de forma a suportarem a dor e obterem conforto durante o TP (Schuiling, Sampselle, Kolcaba, 1999).

Torna-se assim imprescindível definir o conforto, uma vez que está na base do presente trabalho e na prestação de cuidados de enfermagem. Ele é um conceito empregue nos diferentes contextos da prática de Enfermagem e está vinculado com a sua origem, fazendo parte integrante da linguagem usual dos enfermeiros, está relacionado à priori com a dimensão física da pessoa, mas é um conceito muito mais abrangente e complexo. O seu significado tem vindo a sofrer alterações, dada a sua forte interligação com a evolução histórica, política, social e religiosa, bem como com a evolução técnico-científica que se faz sentir ao longo dos tempos.

Na história da Enfermagem o conforto surge com Florence Nightingale (2005, p.132), onde há referência que “o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é umas das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”. Muitos são os teóricos de Enfermagem que estudaram e empregam o conceito conforto, sendo que Collière (1999) também descreve que a prática de

Enfermagem esteve desde sempre ligada à noção de conforto, referindo ainda que a enfermeira é o profissional de saúde que promove o fortalecimento e o conforto dos doentes ou necessitados de cuidados.

Apesar dos inúmeros autores e teóricos de Enfermagem que abordam o Conforto como conceito, foi Kolcaba, a autora que mais desenvolveu e aprofundou investigação nesta área, desenvolvendo a teoria do conforto.

A filosofia de cuidados ao longo do Estágio com Relatório baseou-se no Modelo Conceptual de Kolcaba, que tal como já referido anteriormente assenta em necessidades que emergem de situações ou estímulos, causando tensões negativas no indivíduo. As necessidades de conforto devem ser identificadas e, as intervenções de enfermagem têm como objetivo deslocar as tensões para o sentido positivo, através de estratégias. Os enfermeiros devem avaliar se o conforto foi alcançado, contribuindo assim para uma boa perceção física, ambiental, psicoespiritual e social do conforto por parte do indivíduo (Kolcaba, 1994, 2003).

A mesma autora define pessoa como “doente”, um indivíduo, famílias, instituições ou comunidades que necessitam de cuidados de saúde, sendo o meu foco de cuidados de enfermagem ao longo do Estágio a mulher grávida e o seu convivente significativo (Kolcaba in Alligood, 2004). Ainda Kolcaba considera o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativas aos três estados de conforto e os quais procurei integrar e articular no Estágio, nomeadamente: o *alívio* (estado em que uma necessidade foi satisfeita, necessário para que a mulher restabeleça o seu funcionamento habitual), a *tranquilidade* (estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente ao longo do TP) e a *transcendência* (estado no qual a mulher sente que tem competências ou potencial para planear, controlar e gerir o seu TP). Os três estados de conforto descritos anteriormente desenvolvem-se nos contextos físico (sensações corporais sentidas pela mulher), psicoespiritual (consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, sexualidade e sentido de vida), sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (envolve aspetos como a luz, ruído, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio ambiental, nomeadamente a música) (Kolcaba, 1991; 2003).

O conforto para Kolcaba (1991) é considerado positivo e holístico, teoricamente definível e operacionalizável. Esta teoria encontra-se organizada numa grelha bidimensional (Anexo 7). A primeira dimensão da grelha representa a intensidade da satisfação das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), sendo a segunda dimensão relativa aos contextos em que o conforto é experimentado (físico, psicoespiritual, ambiental e social). Neste trabalho, o conforto é alcançado quando ambas as dimensões, baseadas nas necessidades das parturientes, estão satisfeitas.

Os cuidados de conforto são considerados uma forma de arte de enfermagem, que requerem um processo de ação confortante, bem como o produto de conforto ganho pelos pacientes. É através desta interação entre o processo e o produto, onde a ação nos leva a um resultado, que chegamos ao cuidado de conforto (Kolcaba, 1995).

No contexto de TP privilegiei as necessidades humanas básicas de alívio e tranquilidade física, recorrendo à música como adjuvante da resposta holística.

Considerando o conforto como um dos objetivos major dos cuidados de enfermagem, Kolcaba considerou a existência de intervenções específicas que proporcionam o conforto das pessoas, mas que só fazem sentido se existir forma de as medir/avaliar. Foi com base nesta teoria e sabendo que aumentar o conforto das mulheres no TP é uma mais-valia para os cuidados de enfermagem nesta área, que surgiu o CCQ, desenvolvido por Schuiling em 2002, adaptado do General Comfort Questionnaire sob a orientação de Kolcaba. As “intervenções que aumentam o conforto durante o TP dão capacidade à mulher para participar mais no nascimento, por isso mantém-na mais atenta às experiências e emoções do seu corpo” (Schuiling, Sampsel, Kolcaba, 1999, p.77).

Surge assim a importância de contextualizar o uso da música nos cuidados de enfermagem no conforto e dor no 1º estágio do TP.

Para Carrageta, “a música, enquanto meio, recurso, estratégia, instrumento,...pode ser utilizada como uma forma de cuidar, desde que ajustada à pessoa na sua singularidade, como ser holístico, tendo em conta as suas necessidades, a sua vontade, a sua cultura e o seu ambiente.” (cit. por Rodrigues, Silva, Bento, Lourenço e Charepe, 2004).



A música tem na sua essência várias funções, Bradt (2001) refere que quando utilizada em contexto de TP ajuda a focar a atenção da parturiente na música de forma a descentralizar-se da dor e do desconforto, pode promover o relaxamento da parturiente e ajudar no controlo da frequência respiratória. Esta pode levar ao alívio da dor devido ao seu efeito libertador de endorfinas (neuromodulador). As endorfinas são produzidas na hipófise e a sua libertação estimula a sensação de bem-estar, conforto e tranquilidade, sem qualquer efeito colateral e sem interferência com agentes farmacológicos (Leão, 2002). A mesma autora refere ainda no estudo que realizou, que se constatou um fortalecimento na relação enfermeiro-doente com a utilização da música.

Todos os indivíduos têm uma identidade sonora que se vai desenvolvendo ao longo das suas vidas, por isso mesmo, torna-se de extrema importância utilizar a música com fins terapêuticos de acordo com a individualidade de cada um. Desta forma, promove-se o relaxamento, a diminuição do stress e o aumento da resistência aos fatores externos, levando ao alívio da dor e a um maior conforto (Rodrigues, Silva, Bento, Lourenço, Charepe, 2004).

A utilização da música em contexto de TP, pode levar à diminuição do medo e ansiedade da mulher, reduzir a duração das dores inerentes ao parto, servir como método de distração, regular a respiração, reduzir a dor, fomentar o bem-estar fetal, reduzir a duração do TP e acelerar a fase ativa do TP (Neto, 2006). Num outro estudo, a maioria das mulheres vê a música como parte integral do seu dia-a-dia, influenciadora do seu relaxamento e bem-estar e verifica-se que a música no 1º estágio do TP induz uma sensação de bem-estar (paz de espírito, harmonia, calma e tranquilidade), relaxamento, ajuda no controlo da dor e na distração (Martins, Mira, Gouveia, 2007). A música surge também como método adjuvante para focar a mente e distrair da dor sentida, assim como controla a frequência respiratória e ajuda a relaxar os músculos, achados de um estudo realizado por Browning (2000).

Os tipos de música utilizados em contexto de TP foram evidenciados por vários autores como sendo os mais adequados: música clássica (Browning (2000); Martins, Mira, Gouveia (2007); Wigram e Grocke (2007); Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira, (2010)), música barroca (Martins, Mira, Gouveia (2007); Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira, (2010)), New Age music

(Brownig (2000); Wigram e Grocke (2007); Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira, (2010)), música de relaxamento (Brownig (2000); Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira, (2010)), e sons da natureza (Wigram e Grocke (2007)).

Um dos propósitos dos cuidados do EESMO passa por encorajar as mulheres a identificar medidas de conforto em situações de stress/dor/desconforto. As intervenções como música, banhos quentes e a presença de uma pessoa significativa podem promover conforto e confiança dando-lhe capacidade para lidar com a experiência do TP e parto (Schuiling, Sampsel, Kolcaba, 1999). No estudo realizado por Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira em 2010, constatou-se que o uso da música durante o TP foi promotor de sensações como tranquilidade, relaxamento, paz, alívio da dor, segurança e calma, promovendo ainda a sensação de ambientalização e vínculo parturiente/profissional levando a uma recordação agradável do parto. Também Liu, Chang e Chen (2010) constataram no seu estudo, que a música tem a capacidade de reduzir o nível da dor e é indutora de relaxamento e redução da ansiedade, especificamente na fase latente do TP. Estes mesmos autores referem que música lenta, relaxante e calma, com variações pequenas no tempo e volume ajuda a mulher na fase latente do TP, constataram ainda que o uso da música aumenta a temperatura periférica (finger temperature) que é um indicador de relaxamento. Ainda Hosseini, Bagheri e Honarparvaran (2013) acrescentam no seu estudo o efeito positivo da música na diminuição da dor na fase ativa do TP e a sua capacidade em ajudar na progressão do TP, diminuindo a sua duração, tendo em conta no caso das nulíparas a progressão da dilatação cervical na fase ativa do TP é cerca de 1,2 cm/h e nas multíparas superior a 1,5cm por hora (Cohen & Friedman, 1983 cit. por Graça, 2010).

Um dos principais objetivos da Enfermagem passa por ajudar o indivíduo a suportar o seu sofrimento, a obter conforto, consolidando o seu potencial para que possa realizar o seu projeto de vida (Kolcaba, 2003). O uso da música pode assim, ser considerada uma estratégia a ser utilizada pelos enfermeiros para proporcionar conforto às mulheres, neste caso às parturientes durante o 1º estágio do TP. As medidas não farmacológicas podem ser usadas de forma independente ou em simultâneo com as medidas farmacológicas. Está provado que quando se associam medidas farmacológicas e não farmacológicas para o

alívio da dor a dose total de fármacos utilizados para o seu alívio é menor (OMS, 1996).

Partindo de uma prática baseada na evidência, o resultado da revisão da literatura descrito foi suporte da minha prestação de cuidados ao longo do estágio. Para que o conhecimento adquirido seja credível na prática, foi essencial uma análise e reflexão dessas mesmas práticas. Nesta linha de pensamento seguem os resultados de aprendizagem da prática dos cuidados de enfermagem implementados ao longo do mesmo.

## **2.2. Da Prática de Cuidados de Enfermagem**

Considero os papéis assumidos pelas orientadoras que me acompanharam neste percurso, de extrema importância para a minha aprendizagem. Corroborando esta afirmação, Benner (2001, p. 38) refere que “(...) uma disciplina clínica necessita de pessoas peritas para modelar as transições dinâmicas entre o conhecimento pessoal e a situação clínica.” Foi para mim um percurso de aprendizagem, constante e enriquecedor para a construção do meu perfil enquanto futura EESMO, com oportunidades variadas e complexas, que me permitiram construir um pensamento crítico e desenvolver estratégias para implementar os cuidados especializados da forma mais adequada a cada situação. Ainda a mesma autora diz que a experiência é imprescindível para sermos peritos e, afirma que o desenvolvimento de conhecimentos consiste não só na acumulação de saber teórico, mas também em desenvolver o conhecimento prático, adquirido ao longo da experiência clínica vivida e pelo seu registo.

De seguida apresentarei a análise de cada uma das competências desenvolvidas no Estágio com Relatório e enunciadas anteriormente. Cada competência será apresentada com o descritivo que lhe corresponde e realizada a descrição e análise de atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que promoveu o meu desenvolvimento. Será ainda elaborada uma análise mais aprofundada, referente à unidade de competência específica que me propus desenvolver com a elaboração do projeto de Estágio com Relatório, nomeadamente a competência 3, unidade de competência 3.1. e

especificamente o critério de avaliação 3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos, através do uso da música.

#### 2.2.1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

**Descritivo:** Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Devo referir que o desenvolvimento desta competência teve o seu início nos EC anteriores, nomeadamente o EC III referente aos Cuidados de Saúde Primários e EC IV referente aos Cuidados à mulher grávida/família em situação de risco materno-fetal, atividades descritas nos relatórios elaborados para cada EC.

Ao longo do Estágio com Relatório os meus cuidados tiveram como base a promoção da saúde pré-natal junto das parturientes e respetivo convivente significativo (não abrangendo a família uma vez que o acompanhamento da parturiente está limitado a um convivente significativo durante o internamento em contexto de BP). Sendo a enfermagem a apreciação intencional das necessidades de conforto (Kolcaba in Tomey e Alligood, 2004) houve uma preocupação constante ao longo da prestação de cuidados na partilha de informação e orientação sobre estilos de vida saudáveis, durante a hospitalização da mulher em contexto de BP, tendo como objetivo o seu conforto físico e psicoemocional. Tive sempre em conta o plano de parto da mulher/convivente significativo, de forma a ajustar os cuidados de enfermagem e ir ao encontro do conforto da mulher grávida, negociando estratégias e adequando os cuidados de forma a proporcionar alívio, tranquilidade e transcendência às mulheres grávidas aos meus co-cuidados. Todas as intervenções de enfermagem foram previamente explicadas à mulher/convivente significativo por ser um direito dos mesmos e para promover a relação terapêutica baseada na confiança e veracidade.

Relativamente ao diagnóstico precoce e à prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento, tive a oportunidade de realizar 1 turno no SUOG onde foi possível perceber a dinâmica dos cuidados desenvolvidos desde a triagem até ao possível internamento da mulher. A triagem é o primeiro contacto que a mulher tem com o SUOG, realizada por um EESMO que através de um sistema (Triagem de Manchester) deteta situações de menor ou maior gravidade para encaminhar a mulher atempadamente para os cuidados que a sua situação exige, sendo de seguida observada pelo médico obstetra e posteriormente prestados cuidados pelo enfermeiro de cuidados gerais ou especialista consoante o tipo de competência exigida para cada situação.

Com o contacto estabelecido com a mulher no SUOG foi-me possível prestar cuidados de enfermagem tendo em conta o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações na gravidez, estando atenta aos sinais e sintomas de risco, informando e orientando a mulher/família no sentido de vivenciar e vigiar a gravidez adequadamente, focando os cuidados numa perspetiva do conforto físico, psicoemocional e social da mulher grávida. Houve situações em que as mulheres recorreram ao SUOG para vigiar o bem-estar materno-fetal, perante estas situações provocadoras de tensão, a minha intervenção foi direccionada para a abordagem das necessidades fisiológicas através da observação e validação com a mulher acerca de possíveis sinais e sintomas físicos de alerta, nomeadamente a dinâmica uterina, o nível e tipo de dor, alteração nos movimentos fetais, perdas vaginais e suas características, alterações visuais ou outras alterações que possam ser desviantes da normalidade, observação do boletim de saúde da grávida para obter informações acerca da vigilância da gravidez e interpretá-las. A minha atuação para despiste de eventuais patologias associadas e para uma correta avaliação do bem-estar materno-fetal incidiu na avaliação dos sinais vitais da mulher grávida, temperatura corporal, tensão arterial e frequência cardíaca, auscultação dos batimentos cardíacos, realização e posterior avaliação do registo cardiotocográfico, bem como dar espaço para a partilha das suas necessidades específicas de conforto psicoespiritual, social e ambiental de modo a fortalecê-la através de medidas de conforto que possibilitem o alívio, a tranquilidade e a transcendência.

Uma das situações que experienciei, encontrava-me na triagem e deu entrada uma mulher grávida com 38 semanas e 2 dias de IG, queixosa, referindo contrações regulares de elevada intensidade, sendo a prioridade dos cuidados a avaliação do TP, pelo que realizei a avaliação da cervicometria de imediato. Confesso que precisei de avaliar duas vezes, pois deparei-me com uma dilatação completa, sendo a apresentação pélvica de pés. A observação foi realizada e confirmada pela EESMO orientadora e por obstetras e rapidamente foi encaminhada para o Bloco Operatório realizar cesariana de urgência. Segundo Graça (2010) a documentação científica disponível evidencia uma boa prática em realizar partos pélvicos em detrimento de efetuar cesarianas em todas as apresentações pélvicas. No entanto, os fetos em apresentação pélvica modalidade de pés, devem ser excluídos da via vaginal, devido ao risco acrescido do prolapso do cordão e a retenção do polo cefálico pelo colo incompletamente dilatado. Mais uma vez deparei-me com a importância da triagem na apreciação das situações de urgência, todos os profissionais de saúde assumem aqui um papel crucial para a resposta em cada situação ser o mais adequada, fundamentada e atempada possível. Não posso deixar de referir que a coordenação destes profissionais foi uma mais-valia para evitar danos e manter o bem-estar fetal até ao culminar da cesariana.

No BP tive também oportunidade de prestar cuidados a algumas mulheres grávidas com patologia associada e ou concomitante com a gravidez, como a pré-eclâmpsia, a diabetes gestacional, bem como situações de gravidez de risco por dinâmica uterina presente, por início de TP em situações de APPT.

A pré-eclâmpsia é um tipo de HTA induzida pela gravidez, caracterizada pelo aparecimento de HTA, associada a proteinúria e/ou edema patológico, após a 20ª semana de gravidez em mulheres previamente normotensas. Deve ter-se em conta que só com o terminar da gestação se põe fim a uma situação de pré-eclâmpsia. Até às 36 semanas de gestação a mulher deve cumprir repouso e vigilância continuada do bem-estar materno-fetal. Nas gestações com menos 34 semanas deve ser equacionada a administração de glucocorticoides para aceleração da maturidade pulmonar fetal (Graça, 2010). A parturiente que se encontrava aos meus co-cuidados, com 34 semanas e 4 dias de IG, ficou internada por pré-eclâmpsia, apresentava valores tensionais elevados,

proteinúria presente e edema dos membros inferiores. Privilegiei os cuidados de repouso no leito, num ambiente calmo, silencioso e com fraca luminosidade tendo em conta o seu conforto físico e psicoemocional, com avaliação de tensão arterial frequente, avaliação de diurese e balanço hídrico. Iniciou no dia anterior ciclo de maturação pulmonar, apesar de estar descrito na evidência científica que só são candidatas à terapêutica com corticosteróides as mulheres grávidas em risco de parto pré-termo com IG compreendida entre as 24 e as 34 semanas (Graça, 2010). Questionei esta prescrição à médica responsável, referindo a causa da corticoterapia ser devido ao risco de cesariana. Não encontrei evidência científica que corroborasse a prescrição de corticosteroides após as 34 semanas. Foi realizada uma vigilância marcada e, apesar do bem-estar fetal, o quadro clínico estava a deteriorar-se, tensão arterial tendencialmente mais elevada, analiticamente com aumento das enzimas hepáticas, proteinúria e diminuição de plaquetas, pelo que foi considerada uma pré-eclampsia grave e iniciou protocolo hospitalar de sulfato de magnésio como neuroprotetor/anticonvulsivamente e agendada cesariana com brevidade. Devo referir a importância do esclarecimento de dúvidas do casal e da partilha de informação de toda a situação ao longo dos cuidados, de forma a diminuir ou não exacerbar a ansiedade sentida por este casal, proporcionando alguma tranquilidade.

A diabetes gestacional entende-se por uma intolerância aos hidratos de carbono e manifesta-se pela primeira vez durante a gravidez. Em geral esta alteração reverte no puerpério (Graça, 2010). O principal objetivo da nossa intervenção nestas situações é manter níveis de glicémia considerados normais. As mulheres a quem prestei cuidados conseguiram ao longo da gestação controlar os níveis glicémicos através de alteração de hábitos alimentares, contribuindo desta forma para o alívio e transcendência parciais. Durante o internamento no BP, a dieta prescrita e a avaliação da glicémia tanto em jejum como após as 3 refeições principais fez parte do meu foco de atenção, resultando no conforto físico da mulher grávida.

Também tive a oportunidade de prestar cuidados a uma mulher grávida de 30 semanas de IG, ficou internada no BP por dinâmica uterina frequente e dolorosa. Estava perante uma taquissístolia uterina que se caracteriza pela

existência de cinco ou mais contrações de características normais num período de dez minutos (Graça, 2010). Dado o tempo de gestação a atuação dos profissionais de saúde implicava alguma rapidez para prevenir o início do TP. Descrito por Graça (2010), TP pré-termo é aquele que se inicia antes das 37 semanas de gravidez e depois de ter atingido o tempo de gestação tido como limite inferior de viabilidade fetal (22 semanas). A prematuridade é a principal causa de mortalidade perinatal do mundo ocidental, por isso mesmo a nossa atuação requer uma exigência de cuidados e perícia para atingir uma maior taxa de sucesso. A apreciação desta situação orientou a minha intervenção de enfermagem para a promoção do conforto de alívio físico, ficando a mulher grávida em repouso e iniciando-se de imediato medicação tocolítica segundo protocolo da instituição com nifedipina (bloqueador dos canais de cálcio), no entanto constatou-se efeito muito reduzido e iniciou-se perfusão de Atosiban, fármaco antagonista da ocitocina que se liga competitivamente aos recetores da ocitocina-vasopressina e que se demonstrou ser eficaz na inibição da contratilidade (Graça, 2010). Gradualmente observou-se uma dinâmica progressivamente menos dolorosa e menos frequente, estabilizando a situação e o risco de início de TP, constatou-se assim que se alcançou o conforto físico da mulher grávida, sendo a intervenção promotora de tranquilidade face aos resultados da intervenção.

Ao longo do Estágio com Relatório prestei cuidados a uma mulher em situação de abortamento, uma mulher em situação de IMG por feto com trissomia 21 às 13 semanas e 4 dias de IG e outra situação de indução do TP por morte fetal às 36 semanas de IG. Não prestei cuidados a nenhuma mulher em situação de IVG, uma vez que estas situações normalmente não carecem de internamento em BP, sendo a intervenção realizada no SUOG e em contexto de bloco operatório, local que não privilegiei ao longo do estágio, devido à necessidade de desenvolvimento de outras competências específicas.

Na situação de IMG, a minha intervenção focou-se no conforto físico da mulher através da monitorização do processo de abortamento, com a vigilância de perdas vaginais, tendo em conta a sua quantidade e características, o estado hemodinâmico desta mulher e a administração de terapêutica e avaliação do seu efeito. Para além deste foco de intervenção, igualmente importante é o conforto



psicoespiritual e social da mulher, sendo da nossa competência enquanto EESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher e conviventes significativos, durante o período de luto. Neste caso específico a mulher tinha como antecedentes pessoais depressão medicada e vigiada em psiquiatria, pelo que a dosagem de terapêutica antidepressiva foi aumentada devido à situação de abortamento. Um ambiente tranquilo e as medidas de conforto solicitadas foram proporcionados e criou-se uma relação terapêutica onde o esclarecimento de dúvidas foi possível, tornando-se desta forma facilitador na ajuda de mecanismos de coping para ultrapassar e viver o período de luto da forma mais saudável possível. Nesta situação específica foi à partida diagnosticada necessidade de intervenção por parte da psicologia, dado os antecedentes pessoais. Não tive oportunidade de participar e apoiar este casal no período expulsivo, no entanto penso que consegui contribuir para o alívio e tranquilidade, atuando de forma profissional, encarando os meus próprios “medos” e desta forma consegui estar presente, apreciar intencionalmente e dar resposta às necessidades de conforto específicas desta mulher/casal.

Na segunda situação, em contexto de feto morto, estava perante um casal canadiano, que se encontrava em Portugal há cerca de 1 ano, sendo a barreira linguística uma limitação nos cuidados, apesar dos esforços de toda a equipa multidisciplinar e do próprio casal. Não tinham família em Portugal, e esta gravidez era muito desejada, tendo no dia anterior deixado de sentir o bebé, pelo que recorreram à Clínica onde estava a ser vigiada a gravidez e se constatou morte fetal. Foi encaminhada para o hospital para se proceder à indução do processo de abortamento. Estas situações são extremamente delicadas, estamos perante um serviço que o normal é considerado o nascimento, a vida, a felicidade. É complexo e difícil saber lidar com a morte, a tristeza, participar e ajudar no luto destes casais. Trabalho em cuidados intensivos e lido com situações complexas e com a morte com alguma frequência, não sei se essa minha “bagagem” me ajudou ou não nestas situações específicas de aborto e feto morto. São de facto situações que me atormentam mas não mais que aos casais que estão aos meus cuidados à espera de uma intervenção que os conforte. Fiz questão de estar presente sempre que possível, de clarificar todas

as dúvidas, de falar sobre estratégias do parto e abordar o casal para o facto de quererem ver o bebé. Expliquei todos os procedimentos que se iriam realizar, estive presente no silêncio e ausentei-me quando considerei ser momento de o fazer, demonstrando disponibilidade sempre que o desejassem. Não realizei o parto, mas estive presente e colaborei no mesmo, dando apoio ao casal. Não sei se tive algum dia uma situação tão intensa, mas senti que a minha presença marcou a diferença e tive a certeza que foi a atitude certa e mais profissional que pude ter. Vestimos o feto e tal como acordado com o casal, ficaram com o filho o tempo que precisaram, disse a hora da expulsão e o peso do feto, como me questionaram. Confortei-os psico-emocionalmente e deixei-os viver o momento da forma como desejaram. A mulher fez as 2 horas de puerpério imediato e foi então transferida para o serviço de ginecologia, de forma a não estar em contacto com recém-nascidos. Considero demasiado severo, nestas situações a mulher não ter direito a ficar acompanhada pelo convivente significativo, a situação é penosa demais para ser vivida sozinha, sendo que o próprio companheiro em sofrimento deixa de ser alvo dos nossos cuidados, e de certa forma “abandonado” no seu sofrimento. Julgo ser algo que deve ser alterado com alguma urgência, para uma vivência do luto o mais saudável possível por parte das pessoas que vivem estas situações.

### 2.2.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP

**Descritivo:** Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

O TP é o conjunto de fenómenos fisiológicos que promovem a dilatação do colo uterino, a progressão fetal através do canal de parto e por último a sua expulsão para o exterior (Graça, 2010; Lowdermilk, 2008). O TP envolve quatro estádios, sendo o 1º estágio correspondente ao apagamento e dilatação do colo, o 2º estágio refere-se ao período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, o 3º estágio é a dequitação, que se inicia logo após a expulsão do feto e termina com a saída completa da placenta e por último o 4º estágio corresponde ao puerpério imediato que decorre desde a expulsão da placenta até às duas horas após o parto, correspondente ao restabelecimento da homeostasia da mulher (Lowdermilk, 2008). O último estágio será abordado na descrição e análise da competência seguinte, uma vez que se encontra já inserida no período pós-natal.

Contextualizando a realidade do BP onde realizei o estágio, é um serviço que engloba 7 salas de parto (box), 2 blocos operatórios e um recobro com 3 camas. Durante o TP é atribuída à mulher grávida uma box, onde são vividos todos os estádios do TP, bem como prestados os cuidados imediatos ao RN, no plano do RN junto à mulher/convivente significativo. Em caso de alguma anomalia durante o TP com necessidade de cesariana, a mulher é transferida internamente para o bloco operatório com puerpério imediato realizado no recobro. O espaço físico do serviço e a sua disposição permitem à mulher/convivente significativo viver esta experiência com tranquilidade e privacidade num contexto ambiental mais confortável para o nascimento de um filho.

Ao longo do Estágio com Relatório e conforme Diretivas da União Europeia, artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro 1989, realizei 41 partos eutócicos, tendo tido oportunidade de participação ativa em 9 partos instrumentalizados, por necessidade de intervenção médica, situações referenciadas, pois estavam para além da nossa área de atuação enquanto

EESMO, nomeadamente situações de desaceleração cardíaca fetal prolongada e de lenta recuperação que não reverteram às intervenções realizadas e paragem de progressão do TP.

Todos os partos realizados obedeceram criteriosamente ao uso de equipamento esterilizado bem como material estéril, com prévia desinfecção perineal da parturiente, no entanto segundo a OMS um parto natural não requer um ambiente esterilizado, uma vez que há bases científicas que indicam ser necessário um ambiente limpo. Apesar da evidência há ainda muitos países que mantêm a prática estéril (OMS, 1996).

A maioria das mulheres grávidas internadas no BP foram admitidas e internadas por início do TP ou para indução do TP, sendo a maior parte gravidezes vigiadas. As mulheres são encaminhadas do SUOG onde é realizada, previamente ao internamento, observação física por parte de enfermeira especialista e médico obstetra. É neste momento que nos confrontamos com as necessidades específicas de conforto da mulher grávida e orientamos a nossa intervenção para as necessidades que estão por satisfazer.

Procurei, numa lógica de continuidade de cuidados, realizar a admissão de algumas mulheres grávidas e convivente significativo, incluindo a realização de acolhimento à equipa e ao serviço. Considero este primeiro contacto de extrema importância para se estabelecer uma relação terapêutica, para que haja cumplicidade entre mulher grávida/profissional de forma a haver uma intervenção promotora do conforto a nível do alívio, tranquilidade e transcendência ao longo do TP. Foi na admissão que tive o primeiro acesso ao processo clínico da mulher grávida, corroborando informação juntamente com a mesma e com o Boletim de Saúde da Grávida acerca de antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos e intercorrências vividas durante a gravidez para definir as suas necessidades de conforto.

É prática da instituição onde realizei o Estágio, a mulher grávida dar entrada no BP, ser encaminhada para a sua Box, onde realizará a aplicação de laxante de contacto segundo protocolo de serviço e, após o seu efeito realizar a sua higiene com um banho de chuveiro para promover o seu conforto físico, proporcionando alívio. No entanto, segundo a OMS (1996) a prática da utilização de laxantes deve ser descontinuada uma vez que não há evidência científica que

permita a sua continuidade, a não ser que seja pedida pela própria mulher por uma questão de conforto. Após a higiene realizei às mulheres a quem prestei cuidados, a avaliação e monitorização do bem-estar materno-fetal, através da percepção da grávida acerca dos movimentos fetais ativos, monitorização externa contínua (CTG), e avaliação dos sinais vitais. Apesar de a OMS (1996) referir que a punção venosa para administração de fluidos intravenosos é uma prática que deve ser eliminada, faz parte da prática do serviço onde estagiei realizá-la e administrar Polieletrólítico dextrosado, para promover o bem-estar materno-fetal, dada a ingestão reduzida de nutrientes. Era neste primeiro momento que se iniciavam os cuidados promotores do conforto físico, social, psicoespiritual e ambiental, nomeadamente o posicionamento favorecedor do bem-estar fetal, preferência nos decúbitos laterais, evitando o decúbito dorsal, da presença de um convivente significativo ao longo da sua permanência no BP, da socialização ao serviço e do reconhecimento do espaço da box onde permanecerá durante o TP, bem como apresentar-me e demonstrar uma atitude disponível para a satisfação das suas necessidade de conforto ao longo do processo de TP.

De todas as mulheres às quais prestei cuidados durante o estágio, não houve nenhuma situação em que existisse um plano de parto previamente escrito e autorizado pela Direção da Instituição. Mas, apesar da ausência de documentação escrita e legalmente autorizada, a minha intervenção teve sempre em conta as necessidades de conforto da mulher/convivente significativo, de forma a proporcionar e garantir as condições favoráveis a uma experiência de nascimento o mais significativa possível e vivida de forma confortável, partindo preferencialmente das suas vontades e desejos, promovendo desta forma a tranquilidade e transcendência do casal. Como referido anteriormente pelas autoras Schuiling, Sampselle e Kolcaba (1999), quando o TP decorre na presença de bem-estar e conforto, a mulher tem a oportunidade de apreciar e interiorizar as suas sensações, podendo adquirir uma atitude ativa, que lhe será benéfica e influencia positivamente a evolução do TP. Este pode ser vivenciado com autonomia, de forma saudável e segura, através de uma atitude acolhedora dos profissionais de saúde, principalmente em relação às medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP, que se constatou ao longo da minha intervenção.

No 1º estágio do TP, foi possível mobilizar a evidência de modo a participar na tomada de decisão, intervindo adequadamente, e questionando as práticas possibilitando o meu desenvolvimento de competências. Em todas as mulheres grávidas que se encontravam aos meus co-cuidados, houve da minha parte uma criteriosa avaliação física da mulher que incluía a cervicometria e características do colo, avaliação da bacia materna, integridade das membranas, avaliação da variedade fetal, avaliação contínua da dinâmica uterina e avaliação do bem-estar fetal, com realização da monitorização cardíaca fetal contínua (externa ou interna) com subsequente interpretação dos traçados.

A monitorização no BP desta instituição é praticada de forma contínua, apesar das indicações da OMS (1996) contrariarem essa prática, referindo que a monitorização fetal deverá ser realizada por auscultação intermitente. Realizei também a monitorização da progressão do TP, registando de forma rigorosa a evolução no partograma, permitindo desta forma detetar possíveis anomalias na evolução do TP, ou ajustar cuidados e medidas promotoras de um TP o mais fisiológico e confortável possível. Ao longo da evolução do meu percurso no estágio, senti algumas dificuldades na avaliação da variedade fetal, sentindo no final do mesmo, uma melhoria na sua identificação. Tive oportunidade de observar a colocação da monitorização cardiotetral interna em duas situações que exigiam esta prática mais invasiva e numa outra situação, mais segura e ciente dos riscos que acarreta esta prática, procedi à intervenção sem dificuldades e sem intercorrências.

A amniotomia (rotura artificial das membranas) segundo Lowdermilk (2008) pode ser utilizada para indução do TP quando o colo uterino se encontra favorável, no entanto a rotura de membranas durante um período prolongado aumenta o risco de infeção, prolapso do cordão ou traumatismos fetais. Tive oportunidade de realizar em algumas situações, devidamente fundamentadas, a técnica de amniotomia, sendo a sua finalidade favorecer a evolução do TP, procedimento realizado de forma assética. Em contrapartida a OMS (1996) refere que a amniotomia precoce de rotina no 1º estágio de TP é uma prática ainda sem evidência científica suficiente para apoiar uma recomendação clara e por isso deve ser utilizada com cautela. É por isso um procedimento que deve ser bem fundamentado por parte dos EESMO e assumido de forma criteriosa

após avaliação física da parturiente, que se verificou nas amniotomias realizadas durante o estágio.

Fez parte da minha prestação de cuidados a atenção ao conforto da mulher grávida ao longo de todo o processo que envolve o TP, percecionando ao longo do mesmo as dúvidas e as principais causas de desconforto para adequar a intervenção de forma personalizada e direcionada às suas reais necessidades de conforto. Para a promoção do conforto e alívio da dor, também foram utilizados métodos não farmacológicos, explicando pormenorizadamente em que consistem para possibilitar uma tomada de decisão consciente. No BP desta instituição, existem várias opções que permitem à mulher obter um nível de conforto mais elevado e até mesmo aliviar as dores sentidas durante o TP, nomeadamente o banho/hidroterapia: os banhos de banheira, chuveiro ou jatos de água quente são medidas que promovem o conforto e o relaxamento durante o TP, reduzindo a ansiedade da mulher, aumentando o seu bem-estar e tranquilidade (Lowdermilk, 2008). Este método foi adotado na minha intervenção a todas as mulheres na altura da admissão, sendo pontualmente utilizado no decorrer do TP, a pedido da parturiente. A bola de pilates é um dos métodos mais utilizados e apresenta uma boa adesão por parte das mulheres, a sua utilização promove a postura vertical e a movimentação, podendo aliviar a dor sentida pela parturiente, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal (Zwelling, 2010). Tive sempre uma postura disponível e de incentivo à liberdade de movimentos por parte da parturiente, promovendo o seu conforto físico e, apesar da monitorização contínua, nunca foi uma prática minha confinar a mulher ao leito. Existe no serviço monitorização por wireless, no entanto, a perda de sinal parece ser o fator identificado que compromete muitas vezes a sua utilização, pelo que a liberdade de movimentos acaba por ser um pouco condicionada ao limite dos cabos de monitorização e eventualmente comprometedora do conforto.

Também a massagem foi uma intervenção por mim utilizada para a promoção do conforto e alívio da dor, onde promovi também a intervenção ativa do convivente significativo enquanto parceiro dos cuidados, aumentando a tranquilidade do casal e promovendo a transcendência sentida pela mulher. A

massagem segundo FAME e APEO (2009) através da manipulação dos tecidos moles melhora o relaxamento e reduz a dor, uma vez que aumenta o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

A música enquanto método não farmacológico para o alívio da dor e promoção do conforto é um método não utilizado no BP desta instituição, tendo sido aplicada a algumas parturientes que se encontravam aos meus cuidados, uma vez que fez parte do projeto de estágio e acarreta com ela inúmeras vantagens cientificamente descritas. A minha intervenção, face à música e as competências que daí advém serão descritas na secção 2.2.2.1.

Ainda focando a particularidade dor, que está inerente a quase todas as mulheres que vivenciam o TP, cooperei com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. Constatei que a analgesia epidural durante o TP foi bastante solicitada por parte das mulheres, algumas com alguns receios e com necessidade de esclarecimento, outras bem esclarecidas com conhecimentos prévios tomando uma decisão bem fundamentada. A analgesia epidural é de facto a analgesia de eleição durante o TP, uma vez que as contrações tornam-se indolores durante a progressão do TP, promove uma melhor colaboração entre a parturiente e o profissional de saúde, facilita as manipulações nos partos instrumentados, entre outras vantagens (Graça,2010), não interferindo com a liberdade de movimentos e com a utilização de métodos não farmacológicos. Dos 41 partos eutócicos somente 7 não experimentaram a analgesia epidural, por opção ou por TP precipitado com impossibilidade de realização da mesma.

Foi notório ao longo do estágio, principalmente nas situações de TP prolongado o desconforto físico e psicológico gerado pela fome e sede sentidas pelas mulheres grávidas. Uma vez que o BP em questão pertence ao Projeto Maternidade com Qualidade, está implementada a possibilidade de ingestão de água, chá e gelatina (fluidos transparentes açucarados), permitindo de certa forma promover o alívio parcial relativamente à limitação de ingestão de alimentos. A restrição da ingestão de alimentos durante o TP, fundamentada pelo risco acrescido de aspiração do conteúdo gástrico em caso de anestesia geral é atualmente uma prática controversa quando comparados com os efeitos prejudiciais do jejum prolongado. O jejum surge na literatura associado a uma



maior incidência de alterações na evolução do TP e de partos instrumentalizados, devido ao efeito da libertação e oxidação de ácidos gordos na diminuição da atividade uterina (IPN, 2009). No entanto, e apesar da evidência científica descrita, existem ainda alguns profissionais com alguma renitência à ingestão destes alimentos. Temos de encarar estes obstáculos, como fazendo parte de um processo de mudança de mentalidades para cuidados mais adequados e humanizados, cientificamente fundamentados e promotores do conforto físico e psicoespiritual das parturientes.

No 2º estágio do TP a minha intervenção centrou-se nos esforços expulsivos e na participação no parto, promovendo um ambiente calmo e tranquilo indo ao encontro das necessidades de conforto de cada parturiente/convivente significativo. As técnicas realizadas foram adequadas com autonomia progressiva ao longo do estágio, com supervisão permanente da EESMO orientadora do local de estágio.

A globalidade dos partos em que participei ativamente ou assisti foram de apresentação cefálica, havendo duas situações de distócia de ombros, ambas solucionadas com a manobra de McRoberts conjuntamente com a pressão suprapúbica, técnica realizada numa situação pelo EESMO orientador em parceria com enfermeiro de cuidados gerais e noutra situação pelo médico obstetra com a minha participação. O principal fenómeno mecânico responsável pela ocorrência da distócia de ombros é a retenção do ombro anterior atrás da sínfise púbica, enquanto o posterior se aloja na cavidade pélvica. É uma das complicações obstétricas mais temidas e é uma importante causa de morbilidade e mortalidade perinatal (Campos, Silva e Costa, 2011). A manobra de McRoberts consiste na flexão de ambas as coxas da parturiente até à zona lateral do abdómen, de forma a deslocar-se a sínfise púbica num sentido ântero-superior, aumentando o diâmetro ântero-posterior da bacia. A pressão suprapúbica deve ser aplicada de forma a empurrar o ombro anterior na direção do tórax fetal e para baixo da sínfise púbica (Campos, Silva e Costa, 2011; Graça, 2010). Para futuras situações, em que se perspetive uma eventual distócia de ombros, procurarei negociar com a parturiente, explicando os benefícios da posição de Gaskin ou posição de 4 apoios, uma vez que reduz a distócia em 80% dos casos

(Amorin, Duarte, Andreucci, Knobel e Takemoto, 2013), algo que não experienciei neste estágio, pois não me senti confortável para esta negociação e tal não me foi proposto.

Entrando no 2º estágio do TP, após dilatação completa do colo uterino, a prática adotada pela EESMO orientadora, e por isso seguida por mim nos cuidados ao longo do estágio, foi estimular as parturientes para os esforços expulsivos durante a contratilidade uterina, preferencialmente de cócoras ou, decúbito lateral em caso de diminuição da sensibilidade devido à analgesia epidural ou por preferência da mulher tendo em conta o seu conforto físico e psicoespiritual, até a apresentação descer e coroar. Esta prática vai ao encontro do que defende a OMS (1996), onde uma posição verticalizada ou uma inclinação lateral durante o segundo estágio do TP apresentam maiores vantagens do que uma posição em decúbito dorsal, uma vez que causam menos desconforto e dificuldade nos esforços expulsivos, níveis de dor inferiores durante o TP, menor ocorrência de traumatismo vaginal ou perineal e de infeções pós episiotomia. Em todas as situações em que se encontrava presente o convivente significativo, este fez sempre parte integrante dos cuidados prestados indo ao encontro das necessidades de conforto sociais e ambientais, sendo também parceiro desses mesmos cuidados, uma vez que foi sempre envolvido e incentivado a participar ao longo do TP, para que a parturiente alcançasse um maior nível de conforto. Ainda Schuiling, Sampsel, Kolcaba (1999) referem que intervenções que promovem o conforto durante o TP, capacitam a mulher para uma atitude mais ativa no nascimento, por isso fizeram parte da minha prestação de cuidados, intervenções direcionadas para as necessidades de conforto da parturiente/convivente significativo.

Quando estava perante a coroação do polo cefálico fetal à vulva, adotei conjuntamente com a EESMO orientadora a posição semi-fowler na maioria das situações e por vezes a posição de litotomia para a expulsão. A utilização da posição de litotomia segundo a OMS (1996) é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada, devendo adotar-se as posições verticalizadas ou as posições que a parturiente deseja tendo em conta as suas necessidades de conforto, em detrimento do que é mais confortável para o profissional de saúde (IPN, 2009), o que justificou as situações da expulsão do

feto em litotomia, revelando-se esta, a posição de conforto para a parturiente. O efeito positivo das posições verticalizadas depende da capacidade do EESMO e da sua experiência com outras posições além do decúbito dorsal. O conhecimento sobre as vantagens e a disponibilidade em realizar o parto em diferentes posições pode fazer diferença no TP das parturientes, mas é importante que haja formação e prática prévias nas posições verticais para que se realizem de forma eficaz e adequada. Considero que desenvolvi competências em posições verticalizadas ao longo do segundo estágio do TP.

Dos 41 partos eutócicos realizados houve 11 situações de circulares do cordão umbilical, das quais 10 circulares cervicais (apertadas e largas) e uma circular ao ombro. Foram implementadas as medidas adequadas de clampagem e corte do cordão, sem qualquer intercorrência.

A prestação de cuidados após a expulsão fetal envolveu manobras de estimulação externa do RN, incluindo a extração de secreções da cavidade oral através de expressão manual. Posteriormente se o RN não apresentasse qualquer necessidade de cuidados invasivos era promovido o contacto pele-a-pele e clampado o cordão umbilical. O ato de cortar o cordão umbilical era acordado previamente com o convivente significativo, para que também fizesse parte integrante e ativa do nascimento, promovendo a vinculação com o RN. De acordo com alguns estudos apresentados pela OMS (1996), a clampagem precoce do cordão é uma prática sem evidência científica suficiente e por isso mesmo deve ser utilizada com cautela e rigor. No entanto, sugere-se a clampagem do cordão após o seu cessar de pulsar (3 a 4 minutos após a expulsão fetal), pela inexistência de efeitos adversos e por ser favorecedor da prevenção de anemia e deficiência em ferro no RN. Ainda FAME e APEO (2009) referem que a clampagem do cordão é mais fisiológica quando deixa de pulsar 2 a 3 minutos após o nascimento, pois permite manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo do feto. Apesar da evidência descrita, em contexto de estágio a clampagem do cordão era por norma efetuada imediatamente após a expulsão, tendo em algumas situações clampado após o cessar de pulsar. As diferentes práticas realizadas relacionaram-se com as diferentes formas de abordagem dos enfermeiros da instituição. Contrapor com base na evidência científica foi uma dificuldade que vivenciei.

Também a avaliação física e a prestação de cuidados imediatos ao RN para a promoção da sua saúde e adaptação ao meio extrauterino foram competências desenvolvidas ao longo deste estágio. A prática do contacto pele-a-pele segundo a OMS/UNICEF (1991) implica o contacto imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora, tendo sido prática promovida e incentivada ao longo da minha intervenção, enquanto promotora da vinculação precoce, promovendo o alívio, tranquilidade e transcendência à mulher/convivente significativo.

Após a clampagem e secção do cordão umbilical o RN é seco com um lençol estéril e colocado em contacto pele-a-pele com a mãe. Noutras situações em que foi exigida uma atuação iminente, os cuidados imediatos foram prestados no mesmo espaço físico (mãe com contacto visual com o RN), mas na mesa de cuidados ao RN, nomeadamente limpeza e estimulação, aspiração de secreções, aquecimento, oxigenioterapia ou neopuff. Ao longo do estágio participei e colaborei em algumas situações em que houve necessidade do RN ficar monitorizado, sob aporte de oxigenioterapia e em incubadora de aquecimento, para estimular e promover a adaptação à vida extrauterina. Mesmo nestas situações o RN ficou na box permitindo um contacto visual com a mãe/convivente significativo. Existe somente separação entre a mãe/RN quando o RN é transferido para a Neonatologia, situação que não experienciei ao longo do estágio. Quando estabilizada a situação, o RN foi pesado, e administrada a vitamina K por via intramuscular como profilaxia da doença hemorrágica neonatal, colocadas pulseiras de identificação e eletrónica (prevenção de rapto) e posteriormente colocado em contacto pele-a-pele com a mãe. Nos cuidados prestados ao RN tive o cuidado sempre que possível, de administrar a vitamina K durante o contacto pele-a-pele, de forma a ser uma intervenção o menos dolorosa e desconfortável possível. É por isso uma prática que me parece ser uma mais-valia nos cuidados ao RN. Para Newman (2008), não há nenhuma razão que impeça a grande maioria dos bebés saudáveis a estabelecer contacto pele-a-pele com a mãe logo após o nascimento. Ainda Santos (2010) acrescenta que a administração da vitamina K pode ser realizada durante esse contacto uma vez que é através dele que se dá a transmissão de informações sensoriais que provocam bem-estar e conforto ao RN.

Em todos os partos distócicos/instrumentados a prestação de cuidados imediatos ao RN foi realizada em cooperação com um Neonatologista, bem como em todas as situações em que se detetaram alterações possíveis de complicações na adaptação do RN à vida extrauterina, nomeadamente se as características do líquido amniótico revelaram coloração tinto de mecónio indicador de sofrimento fetal. Nestas situações de apoio ao Neonatologista desenvolvi as competências que estão inerentes à adaptação do RN ao meio extrauterino, nomeadamente estimulação e limpeza/aquecimento, aspiração de secreções, aspiração gástrica, administração de oxigénio e ventilação com pressão positiva (neopuff).

Dos 41 partos realizados, foram efetuadas 22 episiotomias com subsequente episiorrafia, foram constatadas 14 lacerações (9 de grau I, 3 grau II e 2 grau III, uma de grau III com necessidade de ir ao Bloco operatório por laceração do colo do útero) e 5 períneos íntegros.

Episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo com o intuito de aumentar a abertura vaginal durante a expulsão fetal (Borges, Serrano e Pereira, 2003). É um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados em obstetrícia (ACOG cit. por Barclay e Vega, 2006). Ela é efetuada na zona do períneo entre o intróito vaginal e o ânus. Se a parturiente não estiver sob analgesia epidural, a anestesia dos pudendos ou a infiltração local por planos são bastante eficazes e recomendados (Graça, 2010) e fez parte da minha prática ao longo do estágio.

O tipo de orientação da episiotomia utilizado ao longo do estágio foi a mediolateral, realizada segundo um ângulo de 45º relativamente à linha mediana e iniciada ao nível da fúrcula, uma vez que este tipo de episiotomia tem uma incidência quase nula de lesões do esfíncter anal e reto (Borges, Serrano e Pereira, 2003). A técnica de episiotomia deve ser realizada de forma seletiva e quando necessária, para abreviar o período expulsivo por razões fetais ou permitir um campo de intervenção obstétrica mais amplo (Graça, 2010). Por outro lado, ainda o mesmo autor define as lacerações do períneo como roturas espontâneas ou associadas à episiotomia, que estão classificadas em quatro graus, de acordo com as estruturas envolvidas (grau I envolve a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal; grau II abrange as estruturas de grau I, fáscia e

músculos do diafragma urogenital; grau III, envolve estruturas de grau II e esfíncter rectal e grau IV engloba estruturas de grau III e mucosa rectal).

Ao longo da minha intervenção, o procedimento da episiotomia foi uma abordagem realizada sempre de forma seletiva, consoante avaliação perineal e processo expulsivo de cada parturiente, sendo a tomada de decisão realizada no momento, segundo avaliação criteriosa e fundamentada, informando a mulher/convivente significativo acerca da necessidade desta prática. Os critérios para a tomada de decisão em realizar episiotomia passaram pelos preconizados pela OMS (1996), nomeadamente a existência de sofrimento fetal, parto com complicações como distócia de ombros ou macrosomia e laceração grave iminente, por rigidez perineal.

No 3º estágio do TP desenvolvi competências na realização da dequitação, optando por uma conduta maioritariamente expectante/passiva e por vezes com tração controlada do cordão e massagem uterina externa. A maioria das dequitações realizadas ocorreram na modalidade de Schultz, que se caracteriza pelo descolamento da placenta se iniciar na zona central formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, sendo que somente 5 dequitações se realizaram na modalidade de Duncan, onde o descolamento da placenta se inicia na periferia e a hemorragia resultante exterioriza-se antes da expulsão da placenta (Graça, 2010). Realizei criteriosamente, após a expulsão da placenta, observação da placenta e membranas para inspecionar integridade das mesmas bem como observei o cordão umbilical para detetar alguma anomalia (não se verificando ao longo das várias observações). De seguida iniciava a administração de ocitocina segundo protocolo de serviço, avaliava o globo de segurança de Pinard e as perdas hemáticas. Ao longo do Estágio verificaram-se três situações de membranas fragmentadas, que foram resolvidas com extração manual e posteriormente referenciadas à equipa médica para posterior controlo ecográfico. Não houve registo de complicações, pelo que foram evitadas intervenções mais invasivas como a curetagem. Nestas três situações houve necessidade de uma maior vigilância do globo de segurança de Pinard e das perdas hemáticas, de forma a assegurar a necessidade de conforto físico da puérpera.

Ao longo da prestação de cuidados avaliei se o conforto foi alcançado pela mulher/convivente significativo, contribuindo para uma boa percepção física, ambiental, psicoespiritual e social do conforto, indo ao encontro do preconizado por Kolcaba (1994, 2003) e ajustando estratégias nos cuidados para a otimização desse mesmo conforto.

Considero ser também importante referir no desenvolvimento da competência presentemente descrita, duas situações de emergência obstétrica, tendo participado nos cuidados imediatos, nomeadamente uma situação de prolapso do cordão umbilical e uma outra situação de placenta prévia. A minha intervenção em ambas as situações passou por colaborar nos procedimentos para otimizar o tempo de atuação para se realizar cesariana de urgência. Estive perante duas situações que envolvem hipóxia fetal aguda, daí a importância da atuação imediata e serem consideradas emergências obstétricas. Entende-se por hipoxia fetal a baixa concentração de oxigénio nos tecidos fetais, a qual é insuficiente para manter o normal metabolismo aeróbio celular, sendo que a hipoxia fetal aguda é caracterizada pela diminuição brusca da oxigenação tecidular (Campos, Silva, Costa, 2011).

Na situação referente ao prolapso do cordão umbilical, era uma parturiente que se encontrava aos meus co-cuidados, no 1º estágio do TP, com cerca de 8cm de dilatação com uma apresentação no plano de Hodge ao nível -2, aparentemente sem sinais de sofrimento fetal. Foi detetada uma desaceleração no registo cardiotocográfico. Quem observou de imediato a parturiente foi a EESMO, detetando a situação e com sinal de alerta e não de alarme, para não aumentar a ansiedade da mulher, pediu que chamasse a EESMO que estava a realizar o turno conjuntamente, para confirmar e acelerar a resposta à situação. O prolapso do cordão umbilical é a existência de uma ansa do cordão à frente da apresentação fetal, após a rotura de membranas, geralmente o cordão umbilical atravessa o canal cervical e aloja-se na cavidade vaginal, podendo ultrapassar o introito vulvar o que não se constatou na situação presente. Durante o TP o prolapso do cordão está associado a desacelerações repetitivas ou a desaceleração prolongada. Nesta situação específica e como descrito na literatura (Campos, Silva, Costa, 2011; Graça, 2010; Lowdermilk, 2008), foram tomadas as medidas imediatas para reduzir ou prevenir a compressão do cordão

umbilical e toda a equipa multidisciplinar de forma ágil e profissional atuou para que o parto se realizasse o mais rapidamente possível, por cesariana emergente. A parturiente foi de imediato posicionada em Trendlemburg e procedeu-se à elevação da apresentação, mantendo esta posição até ao nascimento para diminuir a hipoxia fetal. Participei nos cuidados à parturiente e colaborei na transferência para o bloco, ciente das necessidades de conforto que claramente estavam por satisfazer nesta mulher, nomeadamente o alívio, a tranquilidade e a transcendência nos contextos desta vivência, físico, psico-emocional, social e ambiental. Expliquei a situação de forma clara, referindo que estava perante uma situação de risco fetal, que toda a equipa estava a prestar cuidados de forma rápida, exigente e eficaz para que o seu filho nascesse o mais rápido possível e sem sequelas. Toda a situação se desenrolou quando o convivente significativo se tinha ausentado do serviço, pelo que esse apoio também esteve ausente. A cesariana decorreu sem intercorrências, o recém-nascido nasceu sem alterações. Posteriormente foram satisfeitas as necessidades de conforto desta mulher e família.

Numa outra situação, uma mulher grávida que recorreu ao SUOG, quando foi observada pelo médico obstetra, verificou-se um descolamento major da placenta, que segundo os autores Campos, Silva e Costa (2011), não é mais que a separação entre o córion e a decídua que atinge uma área suficientemente grande para condicionar a oxigenação fetal. É necessário ter em conta a dimensão da hemorragia retroplacentária uma vez que pode condicionar a circulação sanguínea materna e consequentemente agravar a oxigenação fetal. Os sinais e sintomas físicos que nos alertam para situações de descolamento major da placenta são a dor abdominal súbita, a defesa à palpação abdominal, útero de consistência pétrea, a hemorragia vaginal e as alterações hemodinâmicas maternas, sendo que muitas vezes o primeiro sinal é a desaceleração prolongada da frequência cardíaca fetal, neste caso específico a mulher não era seguida nesta instituição, tinha chegado e não se encontrava ainda monitorizada. O descolamento major da placenta é uma causa irreversível da hipoxia fetal, o parto deve ser imediato, geralmente por cesariana emergente, tendo em conta os riscos fisiológicos maternos associados decorrentes da hemorragia, nomeadamente a coagulação intravascular disseminada. Nesta



situação específica a mulher grávida apresentava hemorragia vaginal que após a avaliação da cervicometria a dimensão da hemorragia aumentou exponencialmente, não se encontrava monitorizada, tendo ido de imediato para o bloco realizar cesariana de urgência. Este tipo de situação coloca em risco a vida materna e fetal por choque hipovolémico e consequente hipoxia. No decorrer de toda a situação e dada a sua emergência, as necessidades de conforto desta mulher foram mais direcionadas para o alívio em contexto físico, tendo sido satisfeitas as restantes necessidades no pós-operatório, a nível da tranquilidade e transcendência em contexto psicoespacial, social e ambiental.

Nas situações acima descritas, apesar da tomada de decisão ser de outros profissionais, dada a sua complexidade, sinto que as experiências vividas me permitiram interiorizar os aspetos fundamentais inerentes às mesmas, ficando mais preparada para a tomada de decisão em situações complexas futuras onde exista uma necessidade de intervenção emergente. A experiência de observar e colaborar ajuda a alicerçar quais as intervenções adequadas em situações de maior complexidade.

#### 2.2.2.1. Música no Conforto e Dor da parturiente no 1º estágio do TP

### **H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos**

No decurso do Estágio com Relatório propus-me incluir nos meus cuidados o uso da música no 1º estágio do TP a algumas mulheres a quem prestei cuidados, como método não farmacológico para o alívio da dor/promotor de conforto.

Ao longo da minha prestação de cuidados foram 12 as parturientes a quem implementei o uso da música no 1º estágio do TP.

A idade das parturientes está compreendida entre os 21 e os 41 anos, com idade gestacional entre as 36 semanas e 6 dias e as 41 semanas. Das 12 parturientes, 6 eram nulíparas, 5 primíparas e 1 múltipara. A escolaridade mínima das parturientes constatou-se ser o 9º ano, sendo a escolaridade máxima o grau de licenciatura e pós-graduação.

Das 12 parturientes somente 1 permaneceu sem convivente significativo ao longo do TP, sendo que as restantes 11 estiveram acompanhadas pelo marido ou companheiro.

Como já referi anteriormente, o serviço onde realizei o estágio não aplica este método, desta forma houve necessidade de elaborar a playlist de acordo com o descrito na revisão da literatura, que inclui música clássica, barroca, new age music e sons da natureza e, adquirir material eletrónico que permitisse a aplicação deste método, nomeadamente coluna de som e leitor de mp3.

Não foi possível aplicar a todas as parturientes a quem prestei cuidados, uma vez que o material para a aplicação do uso da música era limitado e só disponível a uma parturiente até ao nascimento.

Sendo assim, as parturientes que usufruíram do uso da música foram abordadas e questionadas como para qualquer outro procedimento, estando patente nesta abordagem a autonomia das mesmas para a tomada de decisão relativamente à aplicação deste método não farmacológico. Optei por disponibilizar a informação verbal tanto à parturiente como ao convivente significativo inicialmente, disponibilizando o folheto informativo no momento seguinte e dando tempo e espaço para poderem chegar à sua tomada de decisão sem qualquer influência ou pressão.

Houve algumas parturientes, apesar de em número reduzido, que optaram por não usufruir do uso da música mesmo sabendo das vantagens do método, respeitei a decisão e optei por focar a minha intervenção noutros métodos que iriam ao encontro das necessidades de conforto das mesmas.

Nas parturientes que optaram pelo uso da música de forma consciente e fundamentada, iniciei a minha intervenção com a aplicação do CCQ validado transcultural e linguisticamente (Anexo 6), para compreender quais as necessidades de conforto das mesmas e adequar a minha intervenção ao longo da prestação de cuidados, percebendo se o uso da música influenciou no conforto destas mulheres. Quando iniciava a aplicação do uso da música, iniciava também o preenchimento do instrumento de registo por mim elaborado (Apêndice 15). Este instrumento foi construído baseado na revisão da literatura, por isso inclui itens que estão descritos como passíveis de alteração com a utilização da música nos cuidados, nomeadamente os sinais vitais da

parturiente, o grau de dor e a analgesia utilizada, a progressão do TP (evolução da dilatação), os batimentos cardíofetais e os planos de Hodge. Utilizei este instrumento para registar as causas de desconforto das parturientes e quais as intervenções por mim utilizadas para promover o conforto, bem como serviu de registo dos conhecimentos que as mulheres tinham acerca das vantagens da música, se tinham seleção própria musical e quando foi suspensa a música, a pedido ou no término do 1º estágio do TP.

Das 12 situações em que foi utilizada a música, 5 foram partos eutócicos, sendo os outros 7 partos distócicos (1 por fórceps, 2 por ventosa e 4 por cesariana) o que não vai ao encontro dos autores Hosseini, Bagheri e Honarparvaran (2013) que descrevem que a música ajuda na progressão do TP, diminuindo a sua duração. Também, Neto (2006) refere que o uso da música fomenta o bem-estar fetal, reduz a duração do TP e acelera a fase ativa do TP. Não posso chegar a nenhuma constatação com a realidade que o estágio me permitiu observar, uma vez que houve grande variedade nos tipos de parto. Sendo os 5 partos eutócicos com duração de TP compreendida entre as 2h e as 8h, as cesarianas foram por distócia de progressão, por taquicardia fetal mantida e por desacelerações cardíofetais, os restantes partos distócicos por ventosa e fórceps foram devido a distócia de progressão. Observa-se assim, mesmo com o uso da música ao longo dos cuidados, que ocorreram mais situações de distócias/alterações do bem-estar fetal, que partos eutócicos, pelo que a minha prática não corroborou a evidência. No entanto, quanto à alteração do bem-estar fetal ao longo do TP, apenas em 2 parturientes se constatou alterações a nível dos batimentos cardíofetais.

A OE e APEO (2012) revelam preocupação com a excessiva intervenção no TP e no nascimento e, verificam um aumento dos partos medicalizados na maioria dos países. O uso da música, como método não farmacológico para o alívio da dor/promoção de conforto, pretende melhorar as sensações físicas da mulher e prevenir a perceção psicoemocional da dor, no entanto das 12 situações observadas em estágio com o uso da música, somente uma parturiente não foi submetida a analgesia epidural, tendo as restantes 11 parturientes pedido analgesia epidural para gerir a sua dor. Apesar de estar descrito pela OMS (1996) que se proporciona mais informação às mulheres

grávidas sobre os métodos farmacológicos para o alívio da dor em detrimento dos métodos não farmacológicos, ao longo do estágio disponibilizei informação às mulheres acerca dos métodos disponíveis, independentemente de serem farmacológicos ou não farmacológicos.

Constatei também que a maioria das mulheres já vêm com uma opinião e decisão formada acerca do seu plano de parto, nomeadamente quanto à analgesia epidural. Penso que uma boa estratégia dos cuidados de enfermagem é, saber gerir e informar a mulher/convivente significativo sobre os diferentes tipos de métodos para o alívio da dor/promoção do conforto, com o objetivo de tornar o TP uma experiência o mais natural e positiva possível, que vá ao encontro das suas expectativas e necessidades de conforto. Considerei assim fundamental partilhar informação acerca do Uso da Música (Apêndice 16) com as enfermeiras da consulta de vigilância pré-natal, uma vez que com o desenrolar do TP, o nível de dor também aumenta e, verifiquei que a mulher/convivente significativo não possuem preparação suficiente para alcançar relaxamento através dos seus próprios mecanismos fisiológicos. Tal como foi referido anteriormente as endorfinas (analgésicos endógenos) são produzidas na hipófise, sendo a sua libertação promotora de sensações de bem-estar, conforto e tranquilidade (Leão, 2002), este mecanismo é facilitado na presença de um ambiente que vá ao encontro das necessidades de conforto da mulher/convivente significativo e, o mesmo autor refere ainda que, o uso da música tem um efeito libertador de neuromoduladores como as endorfinas e por isso mesmo uma mais-valia para a promoção do conforto.

Houve uma grande receptividade por parte das enfermeiras, relativamente ao tema apresentado e à importância da transmissão da informação, para que o uso da música possa ser uma escolha da mulher/família durante o seu TP, relativamente aos métodos não farmacológicos para o conforto e alívio da dor. É na consulta de vigilância pré-natal que os enfermeiros se deparam com as primeiras necessidades de conforto da mulher/família e adequam os cuidados e estratégias a essas mesmas necessidades. No entanto, ao longo do estágio, não me deparei com mulheres informadas acerca do uso da música, tal facto pode ter-se devido ao período reduzido entre a formação e o término do mesmo. Julgo ser um processo gradual e com a evidência da promoção do conforto através

deste método não farmacológico, espero que o uso da música passe a integrar os cuidados especializados em saúde materna e obstétrica.

Relativamente aos conhecimentos acerca das vantagens do uso da música durante o TP, só 2 parturientes referiram estar informadas, sendo que uma tinha a sua própria playlist que ouviu ao longo da gravidez. Neste último caso optei por aconselhar a ouvir a sua seleção musical.

Da playlist disponibilizada, a maioria das parturientes optaram por um estilo musical e mantiveram-no até ao final do TP, 4 optaram pela new age music, 3 pela música de relaxamento, 2 por música clássica e 2 pelos sons da natureza. Somente uma parturiente optou por alterar música clássica para sons da natureza passadas 6 horas de TP, referindo necessidade de variar o tipo de música. Ao longo da prestação de cuidados, foi importante ter a perceção se as parturientes estavam em sintonia com a música ouvida e com o volume colocado, pelo que foram instruídas para comunicar sempre que desejassem alterar algo relativamente à música.

Considero que o uso da música, em complementaridade com outros métodos é uma mais-valia para o conforto físico, psicoespiritual, ambiental e social das parturientes. Ao longo da prestação de cuidados houve uma preocupação constante em verificar e constatar as necessidades de conforto de cada parturiente/convivente significativo, adaptando estratégias para além do uso da música. As necessidades de conforto que mais se evidenciaram foram: a física (dor, parestesias membros inferiores, posição, tensão, sede, pressão) para as quais a minha intervenção passou por otimizar a posição da parturiente, proporcionar liberdade de movimentos, adaptar o plano do leito, promover outros métodos não farmacológico (bola pilates, massagem, banho com água quente), administrar analgesia, promover a eliminação vesical e proporcionar água, chá e gelatinas ao longo do TP; a psicoespiritual (descontrolo) para a qual a intervenção passou por dar apoio emocional, informar acerca da evolução do TP e promover a participação do convivente significativo para que em conjunto se conseguisse gerir o desconforto e alcançar o conforto; a ambiental (luminosidade e temperatura do quarto) pelo que foi sempre regulada a luz e a temperatura consoante as preferências da parturiente/convivente significativo e a social (encontrar-se sozinha) pelo que houve uma intenção da minha parte em estar

presente com mais frequência, dando apoio e criando uma relação terapêutica para que este desconforto fosse sentido de forma mais ténue.

Para identificar a percepção das mulheres perante os cuidados de enfermagem prestados, a minha intervenção englobou um momento de interação durante a prestação de cuidados no puerpério imediato ou precoce ou por via telefónica. Procurei compreender as percepções sobre o TP e quais os efeitos da música ao longo do 1ºestádio do TP no decorrer da minha prestação de cuidados. Dessa interação surgiram:

✓ **Sensações que a música proporcionou ao longo do TP:**

Das várias vivências proporcionadas com o uso da música no 1º estágio do TP ao longo da minha prestação de cuidados no estágio, surgiram inúmeras sensações verbalizadas pelas parturientes, algumas vão ao encontro do descrito pela evidência científica, sendo que outras sensações descritas vêm acrescentar algumas vantagens para o método não farmacológico: uso da música.

De todas as puérperas só uma referiu não se recordar das sensações proporcionadas pelo uso da música, uma vez que o TP foi precipitado.

Das restantes puérperas surgiram inúmeros relatos, todos eles com uma conotação positiva face ao método utilizado. Constatou-se que o uso da música proporcionou sensações de tranquilidade a 4 mulheres, relaxamento a 2, promoveu a distração a 3 mulheres, a sensação de calma foi relatada por 5 mulheres, o alívio por 2 e a sensação de paz por 1 mulher. As sensações vividas pelas mulheres a quem prestei cuidados vão ao encontro dos resultados obtidos pelo estudo realizado por Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira (2010), em que o uso da música está descrito como promotor de tranquilidade, paz, alívio da dor, segurança e calma. Também Martins, Mira, Gouveia (2007) descrevem que a música induz o relaxamento, ajuda no controlo da dor e na distração, transmite tranquilidade, paz de espírito, harmonia e calma. Ainda Browning (2000) acrescenta que a música ajuda a focar a mente, a distrair da dor sentida e a relaxar os músculos, achados que identifiquei durante os cuidados prestados. Os autores Hosseini, Bagheri e Honarparvaran (2013) constataram no seu estudo que a música tem um efeito positivo na diminuição da dor na fase ativa do TP, no entanto só duas parturientes a quem prestei cuidados referiram alívio sendo que somente uma verbalizou alívio da dor. Da revisão da literatura

realizada, Liu, Chang e Chen (2010) foram os únicos que não encontraram evidência suficiente para confirmar o efeito da música na dor da fase ativa do TP, referindo efeitos positivos deste método na fase latente.

Surgiram também como sensações proporcionadas com o uso da música, a humanização do espaço, o atenuar do cansaço sentido pela mulher e uma diminuição da percepção do ambiente hospitalar, sensações estas que não vêm descritas na evidência científica, mas sentidas pelas mulheres a quem prestei cuidados.

De todas as parturientes, como já referi, só uma tinha a sua playlist que utilizou ao longo da gravidez, e optou por utilizar durante o TP. Esta mulher refere que a música lhe proporcionou relaxamento e diz que lhe dá vontade de chorar por gratidão, quando se recorda de todo o período de TP e de todos os profissionais que a apoiaram, refere ainda utilizar a mesma playlist com o seu filho durante a amamentação uma vez que fica mais calmo, achado este interessante para futuros estudos.

De uma forma geral todas as mulheres que usufruíram do uso da música consideraram o método promotor do conforto durante o TP, referindo que “(...) é uma estratégia que deve ser utilizada, principalmente em instituições, porque transporta um pouco do ambiente doméstico (...)”, “ajuda também a guardar as forças para o momento apropriado”. Outra puérpera referiu que “apesar da música não ter sido escolhida por nós, o facto de a conhecer e ser calma, tranquiliza”, outra diz ainda que “ajuda a relaxar, é de facto uma estratégia de conforto”. A música surge para várias puérperas como um método que “deve ser implementado em todos os partos”, “se a mulher estiver interessada na música esta deve ser disponibilizada” e “deveria ser sempre colocada, distrai muito, mesmo nos picos dolorosos ajuda a distrair”, outra puérpera refere ainda que a música “ajuda bastante, esquecemo-nos do meio onde nos encontramos”.

#### ✓ **Percepções do TP sentidas pelas parturientes:**

Uma das puérperas verbalizou que a equipa multidisciplinar a ajudou, uma vez que não estava presente nenhum convivente significativo, sentindo-se inicialmente sozinha e desamparada, considerando no final que acabou por ser

uma experiência positiva. Indo ao encontro da relação terapêutica estabelecida com esta mulher, Leão (2002) constatou no seu estudo que a música proporciona um fortalecimento na relação enfermeiro-doente. Também em 2010, Tabarro, Campos, Galli, Novo e Pereira constataram que o uso da música proporciona o vínculo parturiente/profissional, desta forma julgo que este método promoveu uma percepção positiva do TP por parte desta mulher. Num outro relato foi referido “fizeram-me um toque na triagem muito doloroso, muito desagradável, de resto toda a equipa foi maravilhosa. O TP foi muito prolongado, mas o facto de o meu marido poder ficar foi ótimo”. Ambos os relatos descritos revelam a importância da presença do convivente significativo para a gestão das necessidades de conforto por parte das parturientes, bem como a importância de uma relação terapêutica com os profissionais de saúde para uma percepção positiva do TP.

Quando o TP decorre na presença de bem-estar e conforto, a mulher tem a oportunidade de apreciar e interiorizar as suas sensações, podendo adotar uma atitude ativa, que lhe será benéfica e influencia positivamente a evolução do TP (Schuiling, Sampsel, Kolcaba, 1999), sendo que alguns dos relatos nos remetem para a interiorização e prazer vivido “experiência maravilhosa, senti-me muito participativa e com muita motivação para ajudar ao nascimento do meu filho, senti uma alegria indescritível” bem como “correu melhor que o parto anterior, experiência mais positiva”. No entanto, pelo número de partos instrumentalizados e pela duração do TP das parturientes que cuidei, não constatei influência positiva na sua evolução nem duração do mesmo.

Outra mulher diz “pensei que ia ser mais doloroso, senti que foi uma experiência positiva”, ainda outro relato refere que o parto é mais doloroso sem analgesia epidural, mas apesar da dor intensa não se sentiu desconfortável (compara com experiência anterior). Estas percepções vão ao encontro do que defendem as autoras Schuiling, Sampsel, Kolcaba (1999) que a ausência de dor não é necessária nem suficiente para uma experiência de conforto.

Para uma outra mulher não foi uma experiência muito agradável pela duração do TP, no entanto refere que sem ser a duração não alterava nada na experiência, um outro relato diz “não criei grandes expectativas porque é o meu primeiro filho, mas senti um grande cansaço, foi muito demorado, fiquei nervosa



por ter de ser cesariana, mas correu bem”. A nossa prestação de cuidados de enfermagem especializados passa por ajudar a mulher a suportar o seu sofrimento, a obter conforto, consolidando o seu potencial para que possa realizar o seu projeto de vida (Kolcaba, 2003), desta forma, mesmo que as expectativas não tenham sido alcançadas, houve uma percepção positiva da experiência do TP, uma vez que houve um ajuste de estratégias para a vivência do mesmo.

Uma outra percepção surge como “as expectativas não corresponderam ao que tinha imaginado, pensei que fosse mais rápido e menos doloroso”, também descrito como “desconfortável, doloroso, frustrante, não correspondeu às minhas expectativas” e para outra mulher é ainda relatado como “pior relativamente às expectativas criadas, tive mais dores do que esperava” e ainda a experiência do TP foi vivido por uma puérpera como um “período de apreensão e ansiedade, esperava um parto normal e acabou em cesariana”. Os 4 relatos negativos face às percepções do TP vivido pelas mulheres são curiosamente referentes a: um parto distócico por fórceps, duas cesarianas e somente um parto eutócico. Nestas parturientes, parece haver ligação entre a vivência negativa e o parto instrumentalizado e, cada vez mais a expectativa ser para um parto por via vaginal, mas sem dor e com maior rapidez, premissas que parecem ser uma tendência neste início de século XXI.

### 2.2.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

**Descritivo:** Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

O desenvolvimento desta competência teve o seu início no EC II, em contexto de puerpério precoce, descrito no relatório do EC II, sendo no presente estágio a minha atuação focada em contexto de puerpério imediato.

O pós-parto é o período que se segue ao TP e implica ajustamentos físicos, psico-emocionais e sociais por parte da mulher e família. É de facto um período de grandes mudanças e adaptações onde se dá o retorno das características dos órgãos reprodutores ao estado anterior à gravidez, por isso mesmo existe uma atenção reforçada da nossa parte enquanto EESMO para o conforto físico e psicoespiritual vivido pelas puérperas. Exige a adaptação a uma nova identidade (materna/paterna) e à aprendizagem de um novo papel (mãe/pai), assim como a adaptação a um novo elemento na família e à reestruturação das relações familiares e sociais (Lowdermilk, 2008). O papel do EESMO assume a sua importância nesta fase uma vez que ajuda, a mulher/convivente significativo, a encontrar estratégias adequadas para esta transição de papéis e a responder eficazmente às suas necessidades de conforto.

O puerpério define-se como o período de seis semanas após o parto (Lowdermilk, 2008), dividido em três períodos: puerpério imediato (primeiras 2 horas), puerpério precoce (até ao final da 1ª semana) e puerpério tardio (até ao final da 6ª semana).

No puerpério imediato o EESMO planeia e presta cuidados de enfermagem especializados de promoção da saúde e de diagnóstico precoce de complicações para a saúde da mulher e RN. A minha intervenção ao longo do presente estágio focou-se na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como no conforto físico, psicoespiritual e social da mulher/RN.

A minha intervenção teve como principal objetivo, ajustar as estratégias utilizadas pela mulher/convivente significativo de acordo com os aspetos que os próprios sentem dificultar na transição para o papel de pais. É necessário que os

cuidados façam sentido para os casais e famílias a quem são dirigidos (Bobak, 1999), só depois de detetadas as necessidades de conforto é que foram ajustados os cuidados a cada mulher/RN/convivente significativo.

Todo o TP é vivido no mesmo espaço físico (box), inclusive o 4º estágio. No início do 4º estágio do TP, portanto imediatamente após a dequitação, a mulher fica em repouso na maca de parto e a prioridade após a avaliação do seu conforto físico e psicoespiritual é o início do aleitamento materno (previamente discutido e acordado com a mulher/convivente significativo acerca de como queriam alimentar o seu filho, tendo todas as parturientes referido que queriam amamentar). Os meus co-cuidados no puerpério imediato foram também baseados nos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, desenvolvidos pela OMS e UNICEF (1991), mais especificamente dos passos 3 a 9, uma vez que disponibilizei informação às mulheres sobre as vantagens do aleitamento materno, ajudei e apoiei as mulheres a iniciar a amamentação na primeira hora de vida (informando sobre a importância e quais os sinais de uma pega correta), expliquei às mulheres que necessitavam de apoio, como amamentar e como manter a lactação mesmo separadas dos seus filhos, não alimentei os RN com outro alimento além do leite materno, proporcionei a prática do alojamento conjunto, incentivei o regime de horário livre para o aleitamento materno e não incentivei nem promovi o uso de tetinas, mamilos artificiais ou chupetas, capacitando os pais para uma decisão informada. Relativamente ao aleitamento materno, sinto que o facto de ser conselheira da amamentação possibilitou-me dar uma resposta adequada às mulheres que estiveram aos meus co-cuidados, possibilitando estratégias para o desenvolvimento de um sentimento de confiança face à amamentação, passo muito importante para que estas mães se sintam confiantes e capazes de cuidar dos seus filhos, uma vez que todo o processo de parentalidade e vinculação se encontra em desenvolvimento, sendo este um processo progressivo. Tal como dizem Silva e Lopes (2008), a ligação afetiva da mãe ao bebé estabelece-se de um modo relativamente gradual, a partir da vivência durante a gravidez e, mais especificamente, no momento do parto, não sendo, muitas vezes, algo que acontece logo no primeiro contacto que a mãe tem com o bebé.

Também deveras importante, para a tranquilidade da família no puerpério imediato, é a permanência do convivente significativo no BP até à transferência da puérpera e RN, pelo que possibilitei a relação da tríade e promovi a vinculação. A vinculação caracteriza a relação mãe-filho que segundo Bowlby (2002) não é mais que a “busca e a manutenção da proximidade de um outro indivíduo”, ou seja, todos os comportamentos do RN têm como função e por consequência criar e manter a proximidade ou contacto com a figura de vinculação. No processo de vinculação parental ao bebé interferem dimensões psicológicas, biológicas e socioculturais. Estas dimensões englobam o período pré-concepcional, a gravidez, o parto e o pós-parto imediato e, os intervenientes no processo, a mãe, o pai e o bebé (Silva e Lopes, 2008).

Sempre que foi possível, dei continuidade aos cuidados prestados às mulheres a quem participei no TP e parto, uma vez que a relação terapêutica estabelecida facilita o conforto físico, psicoespiritual, social e ambiental da mulher e, permitiu-me observar e aperfeiçoar a técnica de episiotomia/episiiorrafia bem como sutura de lacerações. A vigilância do estado geral da puérpera foi um dos focos da minha atenção, tendo em conta os sinais vitais para detetar precocemente sinais de infeção/hemorragia, as perdas sanguíneas pós-parto e as características dos lóquios, avaliação do globo de segurança de Pinard para deteção de atonia uterina, promovi a eliminação vesical para otimização do tónus uterino e observação do períneo bem como a episiiorrafia e/ou suturas de lacerações. Houve uma situação em que após a dequitação ocorreu hemorragia puerperal apesar do útero se apresentar contraído (Globo de Segurança de Pinard formado), a episiotomia encontrava-se sangrante, mas não se constatou ser daí o ponto de partida da hemorragia, pelo que houve necessidade de referenciar a situação à equipa médica uma vez que o estado hemodinâmico da mulher gradualmente se estava a agravar. Foi observada pelo médico obstetra, que decidiu transferir a mulher para o Bloco Operatório, uma vez que não se conseguiu compreender o foco da hemorragia. Posteriormente constatou-se uma laceração do colo do útero. É importante detetar e referenciar as situações que estão para além da área de atuação do EESMO para que haja uma intervenção rápida e adequada para solucionar e prevenir complicações.

No que diz respeito ao RN avaliei, a sua adaptação ao meio extrauterino, realizei o exame físico (sem detecção de anomalias ao longo do estágio), observei especificamente os reflexos de sucção e deglutição, bem como a pega efetuada pelo mesmo, para apoiar e promover o sucesso do aleitamento materno, vigiei a eliminação vesical e intestinal. Promovi o contacto pele-a-pele, definido por Marin (2010) como a colocação do bebé despido sobre o peito ou abdómen da mãe (ou do pai) em decúbito ventral, sendo as recomendações da OMS (2007) secar o RN logo após o nascimento para prevenir as perdas de temperatura por evaporação, estimular a respiração espontânea, reduzindo a necessidade de aspiração de secreções e colocado de imediato sobre o peito da mãe e tapado com panos aquecidos ou cobertor. Este contacto precoce pele-a-pele estimula ainda o início da amamentação. As competências desenvolvidas face ao RN foram também desenvolvidas em contexto de EC V (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), descritas em reflexão da unidade curricular.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES

Finalizado o percurso a que me propus em contexto de Estágio com Relatório, restam-me algumas considerações finais a título de conclusão.

A realização do presente relatório, para além de uma exigência académica foi também o culminar de um processo reflexivo acerca das minhas práticas para o desenvolvimento das competências do EESMO, ao longo da prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/convivente significativo em contexto de BP.

Partindo de um pensamento crítico e, assumindo a reflexão como instrumento base da minha prática ao longo da intervenção em estágio, realizei com a elaboração deste relatório, uma análise pormenorizada das competências desenvolvidas específicas do EESMO ao longo do mesmo, que me ajudou a organizar ideias e a construir o meu perfil enquanto futura EESMO, aprofundando conhecimentos, encarando dificuldades e aprimorando facilidades de forma a ser competente no meu percurso profissional futuro. Procurei agir sempre de forma fundamentada e de acordo com o defendido pela evidência científica. Fundamentar as práticas de enfermagem tornou-se imprescindível para a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades técnicas e, através do pensamento crítico ser competente para as tomadas de decisão corretas na prática clínica.

Este processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências só foi possível com a presença e apoio constantes da EESMO Orientadora do Local de Estágio, que assumiu um papel que proporcionou o esclarecimento de dúvidas, onde a demonstração técnica me permitiu intervir de forma mais segura e, mais do que isso compreendeu momentos de maior dificuldade dando apoio e estimulando a aprendizagem. Por outro lado, a EESMO Docente também teve um papel que considero imprescindível, uma vez que, com disponibilidade e assertividade, me orientou a caminhar no sentido certo.

Considero que a minha postura de estudante em processo formativo, teve por um lado, aspetos positivos face ao desenrolar do estágio, tanto a nível relacional com a equipa multidisciplinar como a nível de pro-atividade face às oportunidades que surgiram neste percurso. Por outro lado, tive algumas dificuldades em assumir uma postura mais interventiva, face a algumas

atividades desenvolvidas ao longo do estágio que não encontram suporte na evidência científica, por constrangimento da minha parte na negociação com os orientadores e por falta de segurança e inexperiência como enfermeira de saúde materna e obstetrícia. Espero que, com o continuar deste percurso e com o meu desenvolvimento profissional, seja capaz de desenvolver capacidades de negociação com a equipa multidisciplinar, para que sejam assumidas práticas fundamentadas na evidência para uma prestação de cuidados especializada e o mais adequada possível face às necessidades da mulher/família.

É o Modelo Conceptual de Kolcaba que sustenta os meus cuidados de enfermagem, tendo sido também norteador da minha intervenção ao longo do estágio. O conforto foi uma prioridade na prestação de cuidados e visto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas, com o objetivo do TP decorrer na presença de bem-estar e conforto, para que a mulher tenha a oportunidade de apreciar e interiorizar as suas sensações, adquirindo uma atitude ativa, que se torna benéfica para uma evolução positiva do TP. No fundo, a minha intervenção focou-se nas necessidades de conforto sentidas pela mulher/convivente significativo, com o objetivo de promover conforto a nível físico, psicoespiritual, social e ambiental.

Foi utilizada a Escala do Conforto validada, que me permitiu identificar as necessidades de conforto das parturientes e adequar estratégias de intervenção para atingir o conforto. No entanto, o facto de os questionários terem sido aplicados por mim, uma vez que não são de fácil perceção, pode ter influenciado algumas respostas dadas pelas parturientes. Apesar disso, julgo ter sido uma mais-valia o suporte dos questionários para conseguir prestar cuidados de forma mais direcionada às necessidades da parturiente/convivente significativo, bem como o reajuste sucessivo dos cuidados planeados.

A realização deste relatório, focou-se também no desenvolvimento de competências específicas face à implementação de métodos não farmacológicos para a promoção do conforto/alívio da dor da mulher/convivente significativo, durante o primeiro estágio do TP, nomeadamente o uso da música, tema que me propus aprofundar e envolver nos cuidados de enfermagem por mim prestados ao longo do estágio. Penso que este trabalho possa ser um contributo positivo para a prática de Enfermagem e para uma vivência do TP mais

agradável por parte da mulher/convivente significativo, bem como um contributo para o desenvolvimento do Projeto Maternidade com Qualidade. No entanto uma das dificuldades sentidas foi o número reduzido de estudos relacionados com a temática que fundamentassem a minha prática, sugiro assim a necessidade de realização de mais estudos sobre o uso da música no 1º estágio do TP, para que, com bases científicas mais coesas e fidedignas este método passe a ser uma opção nos cuidados em saúde materna e obstétrica.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor/promotores de conforto devem fazer parte integrante das práticas do EESMO, sendo o uso da música um método de fácil implementação e baixo custo se as mulheres/conviventes significativos utilizarem os seus próprios aparelhos. No entanto é deveras importante partilhar a informação adequada para uma boa prática do uso da música, para que as parturientes usufruam dos seus benefícios sem efeitos adversos.

Constatei que o uso da música é um método não farmacológico de fácil aceitação por parte das parturientes e todas elas, mesmo as que tiveram uma perceção negativa da experiência do TP e parto, referiram aspetos positivos com o uso da música e consideram um método promotor de conforto. Penso ser importante este método ser mais fomentado e utilizado na nossa prática de cuidados. A meu ver o ideal neste método não farmacológico passa por educar as mulheres grávidas e conviventes significativos acerca dos benefícios da música, para que no momento do TP elas próprias usufruam da sua própria escolha musical, uma vez que se torna mais personalizada e ao gosto de cada uma, otimizando os benefícios deste método. Achei curioso e muito interessante o relato da única mulher que tinha a sua playlist, que usufruiu da mesma durante a gravidez, durante o TP e atualmente durante a amamentação, verificando benefícios em todas as fases, e por isso mesmo muito interessante para futuros estudos acerca deste método.

Utilizei a música como método não farmacológico para o alívio da dor/promoção do conforto, no entanto, nestas parturientes o uso da música não contribuiu para o alívio da dor, mas foi unânime a reação das mulheres relativamente ao conforto que a música pode proporcionar.



Não devemos desenvolver ideias fundamentalistas acerca dos métodos farmacológicos e não farmacológicos. Julgo que o mais importante passa pela partilha de informação acerca dos mesmos para que a mulher/família tenham possibilidade de uma tomada de decisão fundamentada e a mais próxima dos seus ideais.

Ao longo do estágio constatei que o uso da música era um método muito bem aceite pelos profissionais de saúde, recebendo feedback positivo por parte dos mesmos. Por esse mesmo motivo será interessante e um contributo futuro para o conforto dos profissionais, realizar estudos acerca dos efeitos da música nos profissionais de saúde na prática de cuidados como método motivador e tranquilizante.

Tornou-se bastante claro ao longo do estágio, que o conforto baseado nas suas dimensões, influencia a forma como a parturiente vive o TP e vivencia o nascimento do seu filho. Torna-se assim imprescindível que os enfermeiros incluam os cuidados de conforto na sua prática corrente, pois só assim vão ao encontro das reais necessidades das pessoas cuidadas. E só assim se atingirão cuidados de excelência.

A produção de conhecimentos em enfermagem é determinante para a melhoria dos cuidados e dos serviços de saúde, pelo que a investigação em enfermagem torna-se cada vez mais urgente, para que uma prática baseada na evidência alcance as tomadas de decisão mais adequadas e consequentemente os resultados expectáveis.

Realizar o Estágio e a elaboração do presente relatório foram experiências bastante enriquecedoras uma vez que refletiram de uma forma global as atividades e as competências profissionais, pessoais, relacionais e éticas desenvolvidas, que me permitirão ser EESMO e mestre nesta área de enfermagem.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R., Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.
- Amorin, M. M. R., Duarte, A. C., Andreucci, C.B., Knobel, R., Takemoto, M. L. S. (2013). Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*, 41 (3), 115-124.
- Barclay, L., Vega, C. (2006). Practice Guidelines Issued for use of episiotomy. *Obstetrics and Gynecology*, 107, 957-962.
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia*. (3ª ed.). São Paulo: Summus.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bergold, L. (2005). *A Visita Musical como Estratégia Terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a Enfermagem Fundamental*. Escola de Enfermagem Anna Nery. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro.
- Borges, B. B., Serrano, F., Pereira, F. (2003). Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 447-454.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bradt, J. (2001). *The Effects of Music Entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients*. University Graduate Board. A Disseration Submitted to the Temple, Philadelphia.
- Browning, C. A. (2000). Using Music During Childbirth. *Birth*, 27 (4), 272-276.
- Burkhart, M. A., Nathaniel, A. K. (1998). *Ethics & issues in contemporary nursing*. Albany: Delmar Publishers.
- Campos, D. A., Silva, I. S., Costa, F. J. (2011). *Emergências Obstétricas*. Lisboa: Lidel.
- Canadian Association for Music Therapy (1994). Acedido em: 20/05/2014.

Disponível em: <http://www.musictherapy.ca/en/information/music-therapy.html>

- Castro, J.; Clapis M. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana*, 13 (6), 960-967.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Costa, C. M. (1995) – *Musicoterapia para Deficientes Mentais. Noções Teóricas, Prática, Exercícios*. Portugal: Editora Clío.
- Coutinho, E. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista do ISPV*, 30, 29- 36.
- Craig, J. V., Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência, Manual para Enfermeiros*. Lusociência. Loures.
- FAME; APEO (2009). *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (4ª ed). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Hosseini, S. E., Bagheri, M., Honarparvaran, N. (2013). Investigating the effect of music on labor pain and progresso in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17, 1479-1487.
- International Association for the Study of Pain (1994). Acedido em: 08/04/2014. Disponível em: <http://www.apir.pt/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
- International Confederation of Midwives (2011). Essential competencies for basic midwifery practice. Hague: ICM. Acedido em 20/05/2014. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org>.
- JBI (2011). *Reviewers' Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image*, 23 (4), 237- 240.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nursesensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), 1-10.

- Kolcaba, K. (1992). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (6), 33-38.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49 (2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Spriggen Publishing Company.
- Leão, E. (2002) – *Dor oncológica: a música com terapia complementar na assistência de enfermagem*. Boletim Epidemiológico do Centro de Estudo e Pesquisas. São Paulo.
- Lei nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653. Acedido em: 15/5/2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Diário da República, II série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666. Acedido em: 12/6/2014. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfSMObst\\_Ginecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf).
- Liu, Y., Meu-Yueh, C., Chung-Hey, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1065-1072.
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed). Loures: Lusodidacta.
- Lowe, N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186 (5), 16-24.

- Marín, G. M. A. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99, 1630-1634.
- Martins, A., Mira, F., Gouveia, S. (2007). A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. *Revista Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 46-48.
- Nascimento, G. F. G. (2008). *O Conforto da Grávida durante o Trabalho de Parto. Validação Transcultural e Linguista do Childbirth Comfort Questinnaire*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Neto, S. (2006). Musicoterapia e a Maternidade. *Nursing*, 210, 7-10.
- Newman, J. (2008). The Importance of Skin to Skin Contact. Acedido em: 27/08/2015. Disponível em: <http://www.drjacknewman.com/help/Skin-to-Skin.asp>».
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- OMS (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Genebra: OMS.
- OMS (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consenses meeting held. 6-8 November, in Washington DC, USA*. Geneve.
- OMS, UNICEF (1991). *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Acedido em: 20/6/2015. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa de Enfermeiras Obstetras (2012). Documento de Consenso “Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em: 27/03/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>.
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, A., Silva, C., Bento, C., Lourenço, P., Charepe, Z. (2004). A

*influência da Utilização da Música na Pessoa Submetida a Cirurgia Cardíaca*. Coimbra: Formasau.

- SANTOS, A. (2010). Contacto pele-a-pele. Poster de carácter informativo, apresentado nas I Jornadas de Saúde Materna, Évora. Acedido em: 27/08/2015. Disponível em: <http://www.esesjd.uevora.pt/jornadas2010/documents/LivroActasFINAL.pdf>».
- Schmid, V. (2007). *About Physiology in Pregnancy and Childbirth*. (2ª ed.), Firenze: Litografia I.P.
- Schuiling, K. D. (2002) - Childbirth Comfort Questionnaire. Acedido em: 13/2/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/resources/cqs/Childbirth%20Comfort%20Questionnaire%2011%2005%20ks.pdf>
- Schuiling, K. D. (2003). *Exploring the presence of comfort within the context of childbirth*. University of Michigan. Dissertation. Michigan.
- Schuiling, K. D., Sampselle, C., Kolcaba, K. (1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (1), 77-81.
- Silva, G. (2006). *Enfermagem Obstétrica: abordagem do cuidado à gestante, parturiente e puérpera: reflexões sobre relevantes temas*. São Paulo: Martinari.
- Silva, M. J., Lopes, N. (2008). *Comunicação Intrauterina*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem.
- Tabarro, C.; Campos, L.; Galli, N.; Novo, N.; Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e recém-nascido. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44(2), 445-452.
- Tavares, J. (2001). *A lesão que dá dor e a dor sem lesão. Dor e Sofrimento uma perspectiva interdisciplinar*. Porto: Campo das Letras, Editores.
- Wingram, T., Grocke, D. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy: Thecniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. UK: Jessica Kingsley Publishers.

- World Federation of Music Therapy (2011). Acedido em: 20/5/2014.  
Disponível em:  
[http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About\\_WFMT.html](http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html)
- Zwelling E. (2010). Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35 (2), 72-78.


**ANEXOS**



## **Anexo 1**

QARI critical appraisal tools

## QARI critical appraisal tools



**QARI - Qualitative Assessment and Review Instrument**

[Reviews](#)
[Study](#)
[Categories](#)
[Synthesis](#)
[Logout](#)
[About](#)

Select  
Detail  
Assessment  
Extraction  
Findings

**Assessment for : Author - Journal (2011)**  
Type: Primary  
User: catalin1

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2) There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3) There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4) There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5) There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6) There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7) The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8) Participants, and their voices, are adequately represented.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9) The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
10) Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Include

Reason

## Anexo 2

MAStARI critical appraisal tools

## MAStARI critical appraisal tools



MAStARI - Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyLogoutAbout

Select  
Detail  
Assessment  
Extraction  
Results  
Meta-Analysis

**Assessment for : Author - Journal (2011)**  
Type: Primary  
User: catalin1  
Design: Comparable Cohort / Case Control Studies

Criteria	Yes	No	Unclear	Not Applicable	Comment
1) Is sample representative of patients in the population as a whole?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
3) Has bias been minimised in relation to selection of cases and of controls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8) Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9) Was appropriate statistical analysis used?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Include


Reason

UpdateUndoCancel

## Anexo 3

QARI data extraction tools

## QARI data extraction tools



QARI - Qualitative Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyCategoriesSynthesisLogoutAbout

Select  
Detail  
Assessment  
Extraction  
Findings


**Extraction Details: Author - Journal (2011)**  
\* denotes field which will appear in report appendix  
Methodology:   
Method: \*   
Phenomena of Interest: \*   
Setting:   
Geographical:   
Cultural:   
Participants: \*   
Data Analysis:   
Authors Conclusion: \*   
Reviewers Comments: \*   
Complete

Version 5.0 Copyright © Joanna Briggs Institute 2011.

## Anexo 4

MAStARI data extraction tools

## MAStARI data extraction tools



MAStARI - Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

ReviewsStudyLogoutAbout

Select  
Detail  
Assessment  
Extraction  
Results  
Meta-Analysis

Extraction Details: Author - Journal (2011) - Randomised Control Trial / Pseudo-randomised Trial

Study Information

\* denotes field which will appear in report appendix

Method \*

Setting

Participants \*

# Participants

Group A: Group B:

Interventions

Interventions A: \*

Interventions B: \*

Authors  
Conclusion

Reviewers  
Comments \*

Complete

Yes ▾

Save Details

Undo

Cancel



## Anexo 5

CCQ (Childbirth Comfort Questionnaire)

### Childbirth Comfort Questionnaire

Data Collectors please read the statement below at each data collection time point. Circle her score.

Thank-you VERY MUCH for helping in this study about the feelings women experience during labor. I am going to ask you to rate how you feel about 14 statements. Please rate each statement from 1 to 5 with "1" meaning you 'strongly disagree' and "5" meaning you 'strongly agree' at this moment.

Example:

I am glad I am being asked these questions.....1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree).

- |                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. I have enough privacy.                                      | 1...2...3...4...5 |
| 2. My pain is difficult to endure.                             | 1...2...3...4...5 |
| 3. I feel empowered by those around me.                        | 1...2...3...4...5 |
| 4. I don't think I can do this without the help of others.     | 1...2...3...4...5 |
| 5. I am working well with my body.                             | 1...2...3...4...5 |
| 6. This chair (bed) makes me hurt.*                            | 1...2...3...4...5 |
| 7. I can rise above my pain because it helps me birth my baby. | 1...2...3...4...5 |
| 8. I feel confident I can birth my baby.                       | 1...2...3...4...5 |
| 9. This room makes me feel weak and helpless.                  | 1...2...3...4...5 |
| 10. The pain of the contractions motivates me to be strong.    | 1...2...3...4...5 |
| 11. This is a safe place to be.                                | 1...2...3...4...5 |
| 12. I feel like giving up.                                     | 1...2...3...4...5 |
| 13. I worry I will lose control.                               | 1...2...3...4...5 |
| 14. I need to feel better informed about my progress.          | 1...2...3...4...5 |

© 2002 by Kerri Dumell Schuiling, PhD, CNM, FACNM

Note: The Childbirth Comfort Questionnaire (CCQ) was developed and tested in 2002-2003. Face validity was accomplished by a panel of experts: midwives, obstetricians, labor and delivery nurses and women who had given birth. The instrument has a 0.71 Cronbach's (sample size n = 64). The instrument is administered twice during labor: latent & active phase. To score, reverse code the negative responses and total the sum. Higher totals mean higher comfort. This instrument was used in a population of primiparous women who gave birth in the United States. Further testing of the instrument is ongoing. For comments or questions please contact: ([kschuili@nmu.edu](mailto:kschuili@nmu.edu)) or 906-227-2834 or via mail:

Kerri Dumell Schuiling, PhD, CNM, FACNM  
Professor & Associate Dean  
Northern Michigan University School of Nursing  
1401 Presque Isle Ave.  
2301 NSF  
Marquette, MI 49855

## Anexo 6

CCQ Validado Transcultural e Linguisticamente para a população portuguesa

## Questionário sobre o nível de conforto no parto

### I PARTE:

Muito obrigada por colaborar neste estudo que pretende avaliar o conforto das mulheres em trabalho de parto. Por favor seleccione, em relação a cada uma das frases seguintes, o valor que melhor corresponde à sua opinião.

Sendo: De 1 (Se discordar totalmente) a 5 (Se estiver totalmente de acordo).

---

- |                                                                      |                   |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. Tenho privacidade suficiente                                      | 1...2...3...4...5 |
| 2. A minha dor é difícil de suportar.                                | 1...2...3...4...5 |
| 3. Sinto que as pessoas que me rodeiam me dão força                  | 1...2...3...4...5 |
| 4. Sinto que não sou capaz de fazer isto sem a ajuda dos outros      | 1...2...3...4...5 |
| 5. Estou a lidar bem com o meu corpo                                 | 1...2...3...4...5 |
| 6. Esta cama/cadeira magoa-me                                        | 1...2...3...4...5 |
| 7. Consigo ultrapassar a minha dor porque ajuda o meu bebé a nascer  | 1...2...3...4...5 |
| 8. Tenho confiança que consigo dar à luz o meu bebé.                 | 1...2...3...4...5 |
| 9. Esta sala faz-me sentir fraca e desamparada                       | 1...2...3...4...5 |
| 10. As dores das contracções motivam-me para ser forte               | 1...2...3...4...5 |
| 11. Sinto-me segura neste local                                      | 1...2...3...4...5 |
| 12. Tenho vontade de desistir                                        | 1...2...3...4...5 |
| 13. Preocupa-me vir a perder o auto-controlo.                        | 1...2...3...4...5 |
| 14. Necessito de ser melhor informada sobre a evolução do meu parto. | 1...2...3...4...5 |

### II PARTE:

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Dilatação: \_\_\_\_\_

Tempo de permanência no serviço: \_\_\_\_\_

Analgesia:

Nenhuma: \_\_\_\_\_

Epidural: \_\_\_\_\_

Outra: \_\_\_\_\_

Grau de dor: \_\_\_\_\_ (considerando 0 como ausência de dor e 10 como a dor máxima que já sentiu).

---

## Anexo 7

Grelha Bidimensional da Teoria de Conforto de Kolcaba

***Estrutura taxonômica do conforto (adaptada de Kolcaba, 1991)***

Contextos em que o conforto ocorre	Tipo de Conforto (estados)		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Alívio Físico	Tranquilidade Físico	Transcendência Físico
“Psicoespiritual”	Alívio “Psicoespiritual”	Tranquilidade “Psicoespiritual”	Transcendência “Psicoespiritual”
Sociocultural	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural
Ambiental	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental

## APÊNDICES

## Apêndice 1

Instrumento apreciação JBI - **ARTIGO Nº 1:**

*Efeito da Música no trabalho de parto e no recém-nascido*



**ARTIGO Nº1: *Efeito da Música no trabalho de parto e no recém-nascido*****JBI Qari – Qualitative Assessement and Review Instrument**

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?			X
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X		
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Apêndice 2

Instrumento apreciação JBI - **ARTIGO Nº 2**

*A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto*

**ARTIGO Nº2: A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto**

**JBIR Qari – Qualitative Assessment and Review Instrument**

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X		
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?			X
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X		
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?			X
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?		X	
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### Apêndice 3

Instrumento apreciação JBI - **ARTIGO Nº 3**

*Using Music During Childbirth*

### ARTIGO Nº3: *Using Music During Childbirth*

#### JBI Qari – Qualitative Assessement and Review Instrument

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?			X
2) Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X		
3) Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X		
4) Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X		
5) Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X		
6) Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X
7) Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X	
8) Are participants, and their voices, adequately represented?	X		
9) Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?		X	
10) Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X		
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

## Apêndice 4

Instrumento apreciação JBI - **ARTIGO Nº 4:**

*Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers*

**ARTIGO Nº4:** *Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers*

**MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies**

Criteria	Yes	No	Not Applicable
11) Is sample representative of patients in the population as a whole?		X	
12) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X		
13) Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
14) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X		
15) Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
16) Was follow up carried out over a sufficient time period?			X
17) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
18) Were outcomes measured in a reliable way?	X		
19) Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Apêndice 5

Instrumento apreciação JBI - **ARTIGO Nº 5:**

*Investigating the effect of music on labor pain and progresso in the active stage  
of first labor*



**ARTIGO Nº5:** *Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor*

**MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies**

Criteria	Yes	No	Not Applicable
1) Is sample representative of patients in the population as a whole?		X	
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	X		
3) Has bias been minimized in relation to selection of cases and of controls?	X		
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	X		
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	X		
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?			X
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	X		
8) Were outcomes measured in a reliable way?	X		
9) Was appropriate statistical analysis used?	X		
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## Apêndice 6

### Quadro de Extração de Dados Qualitativos

## QUADRO DE EXTRAÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS

ARTIGO Nº		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	
	Autor	
	Ano da publicação	
OBJETIVOS DO ESTUDO		
TIPO DE ESTUDO		
CONTEXTO DO ESTUDO		
PARTICIPANTES		
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS		
RESULTADOS		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		

## Apêndice 7

### Quadro de Extração de Dados Quantitativos

## QUADRO DE EXTRAÇÃO DE DADOS QUANTITATIVOS

ARTIGO Nº		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	
	Autor	
	Ano da publicação	
OBJETIVOS DO ESTUDO		
TIPO DE ESTUDO		
AMOSTRA		
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS		
RESULTADOS		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		

## Apêndice 8

Análise - **ARTIGO Nº 1:**

*Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido*

ARTIGO Nº 1		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	<i>Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido</i>
	Autor	Tabarro, Camila Sotilo; Campos, Luciane Botinhon de; Galli, Natália Oliveira; Novo, Neil Ferreira; Pereira, Valdina Marins.
	Ano da publicação	2010
OBJETIVOS DO ESTUDO	Verificar e descrever o efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Qualitativo, do tipo fenomenológico	
CONTEXTO DO ESTUDO	O estudo é realizado com gestantes brasileiras de Sorocaba e de Porto Feliz, inicialmente em Unidades Básicas de Saúde, posteriormente em contexto hospitalar e para finalizar no domicílio.	
PARTICIPANTES	As gestantes foram contactadas em 5 Unidade Básicas de Saúde, inicialmente inscritas 87 grávidas, mas apenas 12 parturientes cumpriam os critérios de inclusão para a verificação do efeito da música no trabalho de parto e 20 parturientes para a verificação do efeito da música no recém-nascido.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	<p>As gestantes foram convidadas a participar em reuniões semanais, para sensibilização musical. Durante a observação do trabalho de parto, a cada 2 horas a música era suspensa cerca de 30 min. No final dos períodos com e sem música foram registados os parâmetros de controlo de evolução do trabalho de parto (frequência, intensidade e duração das contrações, batimentos cardíofetais, frequência cardíaca e respiratória da parturiente).</p> <p>Foram utilizados 2 métodos de colheita de dados: o registo dos parâmetros de evolução do trabalho de parto e a entrevista semi-estruturada, realizada em 3 momentos (nas primeiras 24h após o parto; entre os 2 e 4 meses após o parto e até ao 3º mês após o parto para registar a percepção da mãe sobre o efeito da música no bebé.</p> <p>As entrevistas foram gravada em fita cassete, transcritos na íntegra e analisados.</p>	
RESULTADOS		

No puerpério imediato o uso da música foi considerado promotor de sensações agradáveis como: tranquilidade, paz, alívio da dor, segurança, calma; a música foi também promotora de situações positivas: ambientalização, vínculo parturiente/profissional.

No puerpério tardio surge a música associada também a sensações agradáveis (tranquilidade e relaxamento), transmite segurança, alívio da dor, ambientalização e religiosidade, o que levou a estas mulheres a terem uma lembrança agradável do parto, verbalizando saudade.

Relativamente ao efeito da música no recém-nascido as mães referem que existe um reconhecimento da música pelo bebé, que lhes transmite paz e tranquilidade, alivia as cólicas, ambientalização,

#### **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

As condições físicas não são impeditivas para ações de humanização na assistência.



## Apêndice 9

Análise - **ARTIGO Nº 2:**

*A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto*

ARTIGO Nº 2		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	<i>A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto</i>
	Autor	Martins, Ana Cristina; Mira, Florbela; Gouveia, Sónia.
	Ano da publicação	2007
OBJETIVOS DO ESTUDO	Perceber a influência da música no primeiro estágio do trabalho de parto. Conhecer a opinião da parturiente relativamente à influência da música no seu bem-estar e os sentimentos que a música desencadeou durante o 1º estágio do trabalho de parto.	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Qualitativo, exploratório e descritivo.	
CONTEXTO DO ESTUDO	O estudo foi realizado em contexto hospitalar (HGO), no serviço Bloco de Partos.	
PARTICIPANTES	Foram 15 participantes neste estudo, grávidas de termo, sem patologia associada, que se encontravam no 1º estágio do trabalho de parto.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	O instrumento de colheita de dados foi a entrevista estruturada, aplicada no 4º estágio do trabalho de parto. O guião da entrevista encontra-se dividido em 2 partes: 1ª parte são 2 questões abertas (onde se pretende conhecer a opinião da parturiente em relação à influência da música no seu bem-estar e os sentimentos que a música desencadeia durante o 1º estágio do trabalho de parto) e a 2ª parte do guião visa caracterizar a amostra através dos indicadores (idade, raça, escolaridade e profissão).	
RESULTADOS		
<p>A maioria das parturientes vê a música como parte integral do seu dia-a-dia, referindo-se a ela como influenciadora de relaxamento e bem-estar.</p> <p>A música induz uma sensação de bem-estar, relaxamento, ajuda no controlo da dor e na distração. As parturientes referem-se ainda à sensação de bem-estar como uma paz de espírito, harmonia, calma e tranquilidade.</p>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
Não aplicável.		

## Apêndice 10

Análise - **ARTIGO Nº 3:**

*Using Music During Childbirth*

ARTIGO Nº 3		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Título	Using Music During Childbirth
	Autor	Browning, Caryl Ann.
	Ano da publicação	2000
OBJETIVOS DO ESTUDO	Descrever e compreender as respostas das parturientes ao uso da música durante o trabalho de parto.	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Qualitativo, do tipo fenomenológico	
CONTEXTO DO ESTUDO	O estudo realizou-se em contexto hospitalar (The Brantford General Hospital) na cidade Ontário, no Canadá.	
PARTICIPANTES	As mulheres grávidas que frequentavam as aulas de preparação para o parto neste Hospital Canadiano, foram convidadas a participar no estudo voluntariamente.  Para a elaboração deste estudo foram 11 participantes.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	Durante a gravidez as participantes selecionaram o seu tipo de música preferida, ouvindo-a diariamente e foram educadas para ouvir a música de forma terapêutica. A cada participante foram disponibilizadas 9h de música escolhidas de acordo com as suas preferências durante o trabalho de parto.  72h após o parto foram realizadas entrevistas gravadas e posteriormente analisadas acerca do uso da música como estratégia de adaptação ao parto.	
RESULTADOS		
Todas as mulheres consideraram que as músicas selecionadas eram apropriadas.  Expressaram que o ritmo e a batida das músicas selecionadas foram apropriados durante o trabalho de parto.  A música ajuda a focar a mente e a distrair da dor sentida.  A música ajuda a controlar a frequência respiratória e a relaxar os músculos.		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
A música usada apropriadamente no trabalho de parto é uma prática não invasiva e sem efeitos secundários descritos.  Os comentários das participantes acerca das reações positivas dos seus bebés face à música ouvida durante a gravidez e trabalho de parto sugerem pesquisa e estudos nessa área.		

## Apêndice 11

Análise - **ARTIGO Nº 4:**

*Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers*

ARTIGO Nº 4		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Titulo	Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers
	Autor	Liu, Yu-Hsiang; Chang, Mei-Yueh; Chen, Chung-Hey
	Ano da publicação	2010
OBJETIVOS DO ESTUDO	Investigar os efeitos da música na reação à dor e ansiedade durante o parto.	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Quantitativo, randomizado	
AMOSTRA	A amostra do estudo engloba 60 participantes (30 participantes do grupo experimental e 30 participantes do grupo controlo). As participantes são primíparas com parto eutócico espontâneo expectável.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	<p>Foram incluídos no estudo vários instrumentos de registo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informação obstétrica demográfica</li><li>• 2 escalas da dor: escala visual analógica da dor (VASP) e o inventário da dor (PIB)</li><li>• 2 escalas de ansiedade: escala visual analógica da ansiedade (VASA) e avaliação da temperatura do dedo (FT)</li><li>• Questionário de perguntas abertas sobre a perceção da eficácia da música na dor e ansiedade.</li></ul> <p>Foi utilizado o SPSS para Windows 12.0 para análise dos dados.</p> <p>As participantes do grupo experimental foram instruída e fizeram as suas escolhas dentro do tipo de música relaxante e redutora de ansiedade. As escalas da dor e ansiedade foram aplicadas 30 minutos antes e depois das participantes ouvirem música, tanto na fase latente como na fase ativa do trabalho de parto.</p> <p>Após 24h do parto, as participantes do grupo experimental responderam ao questionário de perguntas abertas.</p>	
RESULTADOS		

A música tem a capacidade de reduzir o nível de dor e é indutora de relaxamento e redução da ansiedade durante a fase latente do trabalho de parto. Não se encontraram diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo relativamente ao nível de dor e ansiedade na fase ativa.

Música lenta, relaxante e calma, com variações pequenas no tempo e volume ajuda a mulher na fase latente do trabalho de parto.

Não há evidência suficiente para confirmar o efeito da música na dor da fase ativa do trabalho de parto.

O uso da música aumenta a temperatura do dedo (FT) na fase latente, indicador de relaxamento.

#### **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Este estudo evidencia o uso da música como uma intervenção empírica na dor e ansiedade na fase latente do trabalho de parto.

Os achados deste estudo suportam o uso da música como estratégia de coping da mulher no trabalho de parto.

## Apêndice 12

Análise - **ARTIGO Nº 5:**

*Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage  
of first labor*



ARTIGO Nº 5		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	Titulo	Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor
	Autor	Hosseini, S.E.; Bagheri, M.; Honarparvaran, N.
	Ano da publicação	2013
OBJETIVOS DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none"><li>Investigar quais os efeitos da música na dor durante o trabalho de parto</li><li>Perceber se o uso da música interfere com a evolução do trabalho de parto nas parturientes primíparas</li></ul>	
TIPO DE ESTUDO	Estudo Quantitativo, quasi-experimental	
AMOSTRA	30 mulheres primíparas (15 grupo experimental e 15 grupo de controlo), com idades compreendidas entre os 20 e 30 anos de idade, habitantes numa zona urbana, sem patologias associadas, sendo a maternidade onde realizarão o parto no Hospital Bentolhoda no Irão.	
COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS	<p>Foram utilizadas 3 escalas da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Escala numérica da dor</li><li>Escala visual analógica</li><li>Escala verbal da dor</li></ul> <p>Os dados fora analisados através de uma análise estatisca.</p>	
RESULTADOS		
<ul style="list-style-type: none"><li>A música tem um efeito positivo na diminuição da dor na fase ativa do trabalho de parto</li><li>A música ajuda na progressão do trabalho de parto, diminuindo a sua duração</li></ul>		
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA		
Omisso		

## **Apêndice 13**

Descrição dos Resultados Esperados/Tarefas/Atividades perspectivadas ao longo do Estágio com Relatório

### Descrição dos Resultados Esperados/Tarefas/Atividades perspetivadas ao longo do Estágio com Relatório

Resultados esperados	Tarefas	Atividades
1. Conforto da mulher através da música durante o 1º estágio do TP	✓ Aprofundar o conhecimento musical aplicável à mulher em TP	- Realizar Revisão da Literatura; - Identificar as músicas mais adequadas para o 1º estágio do TP; - Preparar músicas para o TP.
	✓ Implementar processos de cuidados segundo Kolcaba	- Aprofundar conhecimentos sobre a teoria; - Delinear estratégias de implementação com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientador da escola</li> <li>• Orientador do EC;</li> </ul> - Identificar os conhecimentos da mulher acerca da música e seus efeitos, durante o 1º estágio do TP; - Instruir as grávidas para a música no trabalho de parto; - Orientar a mulher para a seleção musical a utilizar durante o TP; - Aplicar escalas de avaliação do conforto e dor; - Documentar a informação em instrumento de registo construído.
2. Duração adequada do 1º estágio do TP	✓ Aprofundar conhecimentos sobre o efeito da música no TP	- Realizar Revisão da Literatura.
	✓ Recolher dados durante a prestação de cuidados	- Elaborar instrumento de registo que contemple: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Duração do 1º estágio do TP</li> <li>2. Intervenções associadas</li> </ol>

		3. Variabilidade fetal 4. Planos de Hodge 5. Outros dados relevantes
3. Experiência positiva do TP com recurso à música	✓ Identificar resultado da experiência	- Validar as intervenções com as mulheres durante o TP e durante o internamento no Serviço de Puerpério/contacto telefónico; - Identificar o efeito da música no conforto e dor, de acordo com os resultados da revisão da literatura: através de questionário, escala da dor e momentos de interações com as puérperas em contexto de Bloco de Partos e Serviço de Puerpério, às mulheres que escolheram a música como método não farmacológico para o alívio da dor; - Implementar instrumentos de registo (ex: Comfort Childbirth Questionnaire; escala da dor) <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização dos instrumentos nas mulheres alvo dos meus co-cuidados.</li> </ul>
4. Uso da música nos cuidados de enfermagem para o conforto da mulher no 1º estágio do TP	✓ Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o tema e sobre o contexto de cuidados  ✓ Formação	- Realizar Revisão da literatura; - Conhecer o contexto onde será realizado o EC; - Reunir com Enfermeira-chefe para perceber a pertinência do tema proposto no contexto EC Bloco de Partos; - Apresentar o meu projeto (Enfª Supervisora e Enfª Chefe do Bloco de Partos); - Realizar diagnóstico de situação do Bloco de Partos da Instituição onde irei estagiar (perceber se a música é utilizada), através de momento de interação com chefe de serviço e observação do local; - Apresentar o meu projeto; - Envolver os enfermeiros a participarem na implementação do projeto;

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar sessão de formação aos enfermeiros da Consulta de Vigilância Pré-natal, segundo as suas necessidades e conhecimentos para a transmissão de conhecimentos à mulher grávida/convivente significativo.</li></ul>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Apêndice 14**

Folheto “Promover o conforto da mulher que manifesta dor durante o trabalho de parto através da música”

A seleção das músicas deve ir ao encontro das suas preferências, deste modo pode preparar a sua seleção musical. Traga o dispositivo eletrónico necessário (computador, tablet, leitor de MP3/MP4).



Trabalho elaborado em contexto do 5º CMESMO  
ESEL  
Discente: Patrícia Vicente  
Docente: Profª Teresa Félix  
Enfermeira Orientadora: EEESMO Ana Gonçalves

## Promover o conforto da mulher que manifesta dor durante o trabalho de parto através da música



A música pode levar ao alívio da dor devido ao seu efeito libertador de endorfinas (analgésico natural produzido na hipófise), a sua libertação estimula a sensação de bem-estar, conforto e tranquilidade, sem qualquer efeito colateral e sem interferência com agentes farmacológicos.

### Benefícios da Música:

- |                                |                                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| ✓ Tranquilidade                | ✓ Religiosidade                               |
| ✓ Alívio/controlo da dor       | ✓ Bem-estar                                   |
| ✓ Segurança                    | ✓ Distrair da dor sentida                     |
| ✓ Paz de espírito              | ✓ Harmonia                                    |
| ✓ <u>Ambientalização</u>       | ✓ Calma                                       |
| ✓ Vínculo com os Profissionais | ✓ Focar a mente                               |
| ✓ Relaxamento muscular         | ✓ Controla a Frequência Respiratória          |
|                                | ✓ Diminui a durabilidade do trabalho de parto |

É importante as grávidas/casais terem conhecimentos prévios sobre o uso da música, como método não farmacológico disponível no alívio da dor e conforto no trabalho de parto.

Gostaríamos que utilizasse a música no trabalho de parto, para tal conte com o apoio dos profissionais de saúde deste Hospital.



### A música utilizada deve ter:

- Baixa frequência para promover o relaxamento
- Ritmo neutro e lento para induzir a calma
- Sons leves para pacificar, acalmar e relaxar

### Músicas sugeridas:

- Clássica (Mozart, Beethoven, Schubert, Chopin)
  - Barroca (Bach, Vivaldi)
  - New Age Music (Enya, Vangelis)
  - Sons da Natureza

## **Apêndice 15**

Instrumento de Registro



**MULHER:**  
Idade\_\_\_\_\_ IG\_\_\_\_\_ IO\_\_\_\_\_ Nacionalidade\_\_\_\_\_ Escolaridade\_\_\_\_\_ Acompanhante\_\_\_\_\_

IG

## Nacionalidade

## Acompanhante

[illegible]

## **Apêndice 16**

Sessão Formativa “Música no Conforto e Dor no 1º estágio do Trabalho de Parto”



## Tema/Problemática

Métodos não farmacológicos para trabalhar com a dor no 1º estágio do trabalho de parto



## Objetivos

- Contribuir para o conforto da mulher que manifesta dor durante o 1º estágio do trabalho de parto
- Implementar a música no trabalho com a dor durante o 1º estágio do trabalho de parto
- Refletir sobre a eficácia da música no 1º estágio do TP



## Dor

Caracterizada por uma experiência sensível emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial de tecidos. É influenciada por fatores psicossociais e culturais, sendo de carácter individual.

(IASP, 1994)



## Musicoterapia/Uso da Música

É importante estabelecer a diferença entre musicoterapia e o uso de música como forma de cuidado.

A musicoterapia é um processo estruturado de acordo com um determinado objetivo e desenvolvido por um musicoterapeuta. O uso da música enquanto cuidado é utilizado como recurso complementar do cuidado humano com a finalidade de atingir o equilíbrio, bem-estar, alívio da dor e conforto (Leão, 2002).

1



## Música Seleccionada

A música pode levar ao alívio da dor devido ao seu efeito libertador de endorfinas (neurotransmissores). As endorfinas são produzidas no hipotálamo e a sua libertação estimula a sensação de bem-estar, conforto e tranquilidade, sem qualquer efeito colateral e sem interferência com agentes farmacológicos (Leão, 2002).

Existem 3 princípios fundamentais para utilização de música.

- 1º princípio: a música com altas frequências induz tensão no indivíduo, enquanto baixas frequências promovem o relaxamento.
- 2º princípio: música com ritmo neutro e lento induzem a calma ou suspensão do tempo.
- 3º princípio: músicas leves tendem a pacificar, acalmar e relaxar.

(Wigam & Bravely, 2007)

2



## Música Seleccionada

- Clássica (Mozart, Beethoven, Schubert, Chopin)
- Barroca (Bach, Vivaldi)
- New Age Music (Enya, Vangelis)
- Sons da Natureza

3



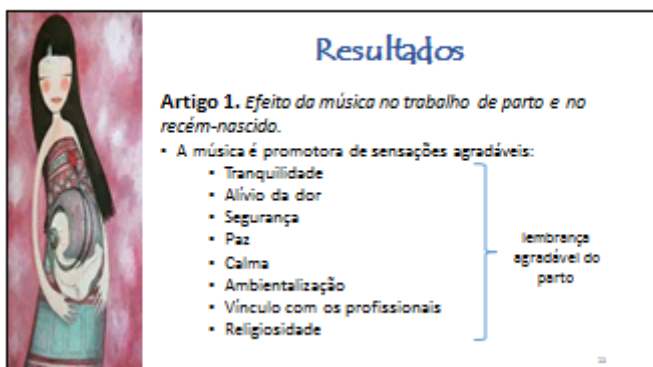
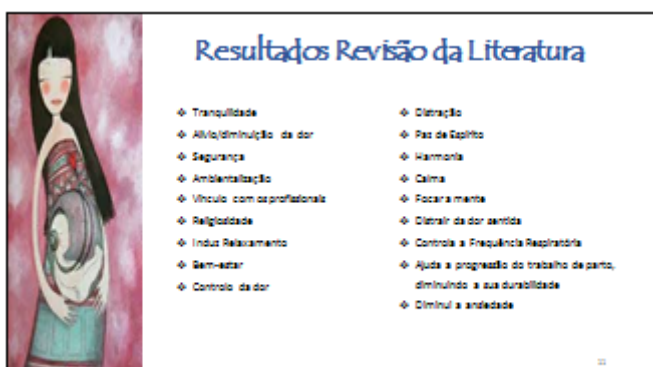
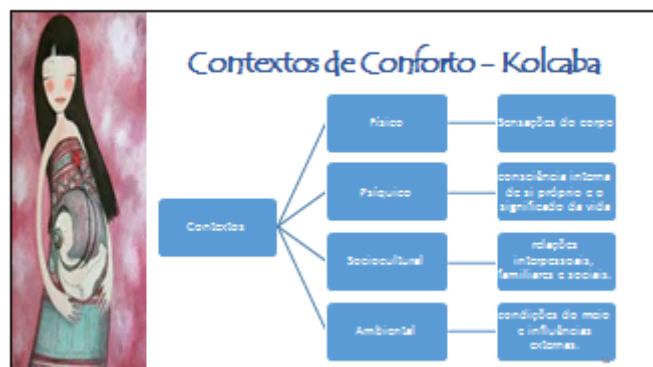
## Quadro Conceitual de Enfermagem

### Teoria do Conforto

*“A pessoa completa consiste numa vida espiritual, mental e emocional que está intimamente ligada com o seu corpo físico”*

Kolcaba (2003)

4





## Resultados

### Artigo 2. *A Influência da Música no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto*

- A música é referida como promotora de:
  - Relaxamento
  - Bem-estar
  - Controlo da dor
  - Distração
  - Paz de Espírito
  - Harmonia
  - Calma
  - Tranquilidade

24



## Resultados

### Artigo 3. *Using Music During Childbirth*

- A música ajuda a:
  - Focar a mente
  - Distrair da dor sentida
  - Controla a Frequência Respiratória
  - Relaxar os músculos

25



## Resultados

### Artigo 4. *Effects of Music Therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mother*

- Constatou-se que a música:
  - Reduz o nível da dor
  - Induz relaxamento
  - Diminui a ansiedade
- Sem evidência suficiente para confirmar o efeito da música na dor da fase ativa do trabalho de parto
- O uso da música aumenta a T3C peritóraca na fase latente (FT-finger temperature) indicador de relaxamento
- Música lenta, relaxante e calma, com variações pequenas no tempo e volume ajuda a mulher na fase latente do trabalho de parto

Fase latente do trabalho de parto

26



## Resultados

### Artigo 5. *Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor*

- A música promove:
  - A diminuição da dor na fase ativa do trabalho de parto
  - A progressão do trabalho de parto, diminuindo a sua durabilidade

27



### Implicações Para a Prática

- A música pode ser considerada como uma intervenção empírica para alívio da dor e ansiedade
- A música pode ser usada como estratégia de coping da mulher no trabalho de parto
- A música ouvida durante a gravidez e trabalho de parto surgiu como promotor de reações positivas por parte dos recém-nascidos, pelo que é sugerido mais estudos nesta área
- As condições físicas não são impeditivas para ações de humanização na assistência à parturiente e acompanhante
- O uso de música é uma prática não invasiva e sem efeitos secundários descritos



### Instrumento de Registro

[illegible]

Childbirth Comfort Questionnaire  
(CCQ)

[illegible]

### Entrevista Semi-Estruturada

- Que percepções tem do seu TP?
- Que sensações a música proporcionou ao longo do TP?
- Considera o uso da música como uma intervenção promotora do conforto durante o TP?

